

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Rumah sakit sebagai instansi pelayanan kesehatan yang berhubungan langsung dengan pasien harus mengutamakan pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, anti diskriminasi dan efektif dengan mengutamakan kepentingan pasien sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit (1).

Berdasarkan profil kesehatan dari tahun 2013 sampai dengan tahun 2015 jumlah rumah sakit mengalami peningkatan yang sangat besar dengan angka mencapai 2.488 dengan kepemilikan yang beragam. Dengan demikian setiap rumah sakit dituntut untuk meningkatkan mutu layanan dalam memenuhi kebutuhan masyarakat tersebut. Agar Rumah Sakit dapat mencapai tujuannya, maka fungsi koordinasi memegang peranan penting dalam prosesnya, sehingga mampu menciptakan kualitas pelayanan yang optimal bagi para pasien (2).

Isu penting terkait keselamatan di rumah sakit (RS) yaitu: keselamatan pasien, keselamatan pekerja atau petugas kesehatan, keselamatan bangunan dan peralatan di RS yang berdampak terhadap keselamatan pasien dan petugas, keselamatan lingkungan yang berdampak terhadap pencemaran lingkungan, dan keselamatan “bisnis” RS terkait dengan kelangsungan hidup RS (3). Sistem tersebut meliputi pengenalan resiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan resiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden, tindak lanjut dan implementasi solusi untuk meminimalkan resiko (4).

Keselamatan pasien dapat didefinisikan sebagai upaya menurunkan cedera yang tidak perlu yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan hingga ke tingkat minimum yang dapat diterima . Tingkat minimum yang dapat diterima (*acceptable minimum*) merujuk pada pengetahuan yang dimiliki saat ini, sumber daya yang tersedia, dan konteks dimana pelayanan diberikan dengan membandingkannya terhadap risiko jika tidak dilakukan tindakan atau jika dilakukan tindakan lain. Secara sederhana, hal ini merupakan upaya pencegahan kesalahan dan kejadian yang tidak diharapkan pada pasien yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan (5).

Beberapa kejadian infeksi nosokomial mungkin tidak menyebabkan kematian pada pasien, akan tetapi ini akan menjadi penyebab penting pasien dirawat lebih lama di Rumah Sakit. Infeksi nosokomial merupakan masalah serius yang menjadi penyebab langsung maupun tidak langsung kematian pasien. Infeksi ini bisa ditularkan dari pasien ke petugas maupun sebaliknya, pasien ke pengunjung atau sebaliknya, serta antar orang yang berada di lingkungan Rumah Sakit. Bahaya dari terjadinya infeksi nosokomial adalah meningkatnya angka kesakitan (*Morbidity*) dan angka kematian (*Mortality*) serta dapat memperlama perawatan pasien di Rumah Sakit dan dapat mempengaruhi mutu pelayanan Rumah Sakit (6).

Pencegahan dan pengendalian infeksi merupakan tantangan terbesar dalam tatanan pelayanan kesehatan. Peningkatan biaya untuk mengatasi infeksi yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan merupakan keprihatinan besar bagi pasien maupun para profesional pelayanan kesehatan (6).

Salah satu hal yang terpenting dalam mengurangi penyebaran infeksi nosokomial adalah dengan mencuci tangan (*Hand Hygiene*). *Hand Hygiene* adalah praktik untuk mencuci tangan dengan menggunakan *antiseptic* pencuci tangan. WHO mencetuskan “*global patient safety challenge dengan clean care is safe care*, yaitu merumuskan inovasi strategi penerapan hand hygiene untuk petugas kesehatan dengan *My Five Moments for Hand Hygiene* yaitu : melakukan cuci tangan sebelum bersentuhan dengan pasien, sebelum melakukan prosedur bersih dan steril, setelah bersentuhan dengan cairan tubuh pasien, setelah bersentuhan dengan pasien, setelah bersentuhan dengan lingkungan sekitar pasien” (7).

Menurut *World Health Organization* (WHO), cuci tangan (*hand hygiene*) merupakan istilah yang digunakan untuk membersihkan tangan menggunakan antiseptik pencuci tangan, baik menggunakan cairan berbasis formulasi antiseptik alkohol (*handrub*) atau menggunakan sabun dan air (*handwash*) (6).

Lawrance Green dalam Notoadmodjo mengemukakan bahwa dipengaruhi oleh 3 faktor utama adalah Faktor predisposisi yang mencakup (pengetahuan, sikap, motivasi, kepercayaan, keyakinan dan nilai-nilai), faktor pendukung yang mencakup (tersedia atau tidak tersedianya fasilitas atau sarana kesehatan lain), dan faktor pendorong yang mencakup (sikap dan perilaku para petugas termasuk petugas kesehatan lainnya) (8).

Perilaku yang didasarkan dengan pengetahuan akan lebih langgeng dari pada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan. Sehingga pada keadaan ini, tenaga kesehatan yang mempunyai tingkat pengetahuan yang baik tentang cuci

tangan dengan menunjukkan kepatuhannya melakukan cuci tangan di rumah sakit (9).

Motivasi merupakan sesuatu yang membangkitkan keinginan dalam diri seseorang untuk melakukan berbagai tindakan (10). Motivasi juga memengaruhi perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan yang sesuai dengan standar prosedur RS. Perawat yang mempunyai motivasi yang tinggi, muncul suatu keinginan untuk memenuhi kebutuhan penerapan *Hand Hygiene* (11). Dalam penerapan *Hand Hygiene*, supervisi adalah salah satu faktor yang dapat memengaruhi kepatuhan perawat. Perawat yang mendapatkan supervisi cenderung patuh dibandingkan perawat yang tidak mendapatkan supervisi. Supervisi merupakan bagian dari fungsi *directing* (pergerakan/pengarahan) dalam fungsi manajemen yang berperan mempertahankan agar segala kegiatan yang telah diprogramkan dapat dilaksanakan dengan benar dan lancar (12).

Hasil studi awal yang dilakukan peneliti mulai tanggal 03 Januari 2018 s.d 19 Januari 2018 di RSUD Gunungsitoli dengan melakukan observasi terhadap 3 orang perawat di instalasi rawat inap RSUD Gunungsitoli, dimana 2 orang perawat tidak melakukan *Hand Hygiene* berdasarkan lima momen dan enam langkah cuci tangan dan 1 orang perawat melakukan *Hand hygiene* menggunakan *handrub* berdasarkan lima momen dan tidak sesuai dengan enam langkah cuci tangan. (sebelum kontak dengan pasien, sebelum melakukan tindakan aseptik, setelah kontak dengan cairan tubuh pasien, setelah kontak dengan pasien dan setelah kontak dengan lingkungan pasien (13).

Berdasarkan hasil wawancara kepada 6 orang petugas kesehatan yang melakukan perawatan di instalasi rawat inap, di mana 2 petugas kesehatan dengan pernyataan yang sama mengatakan bahwa “Dalam melakukan Hand Hygiene tidak selalu melakukan berdasarkan lima momen, tetapi saya biasanya melakukan cuci tangan pada saat setelah kontak dengan pasien atau kontak dengan cairan tubuh pasien dan kadang melakukan cuci tangan pun tidak sesuai dengan enam langkah cuci tangan”. 1 petugas kesehatan mengatakan bahwa “Sebenarnya bukan tidak mau melakukan cuci tangan berdasarkan lima momen dan enam langkah cuci tangan, hanya saja terkadang lupa karena banyak kerja dan lebih banyak saya melakukan cuci tangan setelah kontak dengan pasien”. 3 petugas kesehatan mengatakan bahwa “Saya melakukan cuci tangan itu kebanyakan menggunakan *Handrub*, baru melakukan cuci tangan dengan sabun setelah kontak dengan pasien dan juga mengatakan bahwa ketersediaan sarana memang ada hanya saja banyak yang tidak berfungsi” (13).

Hasil wawancara yang dilakukan peneliti kepada kepala ruangan mengatakan bahwa “jenis cuci tangan yang digunakan di ruangan ini adalah handrub yang terdapat di setiap sudut ruangan rawat inap. Cuci tangan menggunakan air mengalir (wastafel) memang tersedia tetapi ada sebagian wastafel yang tidak berfungsi. Kadang-kadang petugas kesehatan di ruangan ini juga melakukan cuci tangan di wastafel, tetapi jika airnya mati, petugas melakukan cuci tangan di kamar mandi dan kepala ruangan juga mengatakan bahwa supervisi dari PPI dilakukan sekali seminggu dan setiap hari kepala ruangan yang melakukan supervisi langsung kepada petugas kesehatan” (13).

Petugas kesehatan memiliki pengaruh yang cukup besar terhadap terjadinya infeksi nosokomial karena petugas kesehatan merupakan tenaga kesehatan yang paling banyak melakukan kontak dengan pasien dan berinteraksi secara langsung dengan pasien selama 24 jam. Berdasarkan hasil wawancara yang dilakukan peneliti kepada salah seorang kepala ruangan di instalasi rawat inap RSUD Gunungsitoli mengatakan bahwa “sesuai dengan hasil pengamatan saya terhadap petugas kesehatan di ruangan ini, memang mereka tidak selalu melakukan cuci tangan berdasarkan lima momen kebanyakan petugas kesehatan disini mereka melakukan cuci tangan setelah kontak dengan pasien dengan menggunakan *handrub*, dan kadang juga ada petugas kesehatan yang melakukan cuci tangan sebelum kontak dengan pasien. Dan yang saya lihat selama melakukan survey awal mereka baru melakukan Handwash setelah kontak dengan cairan tubuh pasien” (13).

Berdasarkan data sekunder yang didapatkan dari Tim Panitia Pengendalian Infeksi Rumah Sakit (PPIRS) bahwa Persentase kepatuhan petugas kesehatan dalam memakai *Handrub/ Handwash* berdasarkan lima moment adalah Moment 1: 69,68%, Moment 2: 79,03%, Moment 3: 93,63%, Moment 4: 91,09%, Moment 5: 82,92%. Kepatuhan kebersihan tangan berdasarkan profesi petugas adalah Perawat : 41,1%, Dokter : 18,83%, Analisis :15,8%, Nutrisionis : 6,67% (14).

Data sekunder kepatuhan petugas kesehatan dalam melakukan kebersihan tangan berdasarkan kategori kamus Indikator PPIRS pada bulan Juli s.d Agustus 2017 adalah Kepatuhan baik 1.10%, Kepatuhan sedang 2,76%, Kepatuhan kurang 96,13% (14).

Data sekunder berdasarkan kejadian infeksi luka operasi pada bulan September 2017 adalah 244 orang dengan Jumlah pasien tidak infeksi 0% dan jumlah pasien infeksi 0%. Angka Kejadian infeksi daerah operasi (IDO) dengan pada bulan september dengan jumlah pasien sebanyak 244 orang dan kejadian IDO 0%. Angka kejadian dekubitus akibat perawatan di rumah sakit dengan jumlah pasien tirah baring sebanyak 138 orang dan kejadian dekubitus 1%. Angka Kejadian phlebitis pada bulan September tahun 2017 dengan jumlah pasien 1264 orang dan kejadian phlebitis sebanyak 2%. Angka kejadian infeksi saluran kemih pada bulan September 2017 dengan jumlah pasien 277 orang dan kejadian ISK sebanyak 0% (14).

Berdasarkan hasil uraian di atas dan menyadari pentingnya penerapan *Hand Hygiene* di RS, maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang “Analisis Faktor-Faktor Yang Memengaruhi Kepatuhan Perawat Dalam Penerapan *Hand Hygiene* di Instalasi Ruang Rawat Inap di RSUD Gunungsitoli Tahun 2018.

1.2. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang tersebut diatas dapat dirumuskan masalah penelitian ini adalah faktor-faktor apa saja yang memengaruhi kepatuhan perawat dalam penerapan *Hand Hygiene* di instalasi rawat inap RSUD Gunungsitoli Kabupaten Nias.

1.3. Tujuan Penelitian

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui faktor-faktor yang memengaruhi kepatuhan perawat dalam penerapan *Hand Hygiene* di instalasi rawat inap RSUD Gunungsitoli Kabupaten Nias.

1. Menganalisis pengetahuan perawat dalam kepatuhan melakukan *Hand Hygiene*.
2. Menganalisis motivasi perawat dalam kepatuhan melakukan *Hand Hygiene*.
3. Menganalisis ketersediaan sarana dalam kepatuhan melakukan *Hand Hygiene*.
4. Menganalisis supervisi dalam kepatuhan perawat melakukan *Hand Hygiene*.

1.4. Manfaat Penelitian

Hasil penelitian ini diharapkan dapat berguna dan bermanfaat secara teoritis maupun secara praktis :

1.4.1. Aspek Teoritis

1. Bagi Akademik

Digunakan sebagai bahan acuan dan perbandingan dari penelitian lain yang berminat mengembangkan topik bahasan ini dan melakukan penelitian lebih lanjut.

1.4.2. Manfaat Praktis

1. Bagi Rumah Sakit Umum Gunungsitoli

Penelitian ini diharapkan bisa menjadi bahan masukan yang berharga sebagai data yang diperlukan untuk meningkatkan mutu pelayanan Rumah Sakit dan mencegah kejadian infeksi nosokomial.

2. Bagi Responden

Memberikan masukan atau bahan pemikiran kepada perawat khususnya di Rumah Sakit Umum Daerah Gunungsitoli agar menerapkan *Hand Hygiene* sebelum dan sesudah melakukan tindakan.

3. Bagi Peneliti

Menambah wawasan dan pengalaman tentang faktor-faktor yang memengaruhi perawat terhadap penerapan *Hand Hygiene* di Instalasi rawat inap Rumah Sakit Umum Daerah Gunungsitoli.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Tinjauan Peneliti Terdahulu

Hasil penelitian Monica, dkk dalam penelitiannya yang berjudul “Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Penerapan *Hand Hygiene* di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Tingkat III R.W. Mangosidi Manado Tahun 2014”. Dari hasil penelitian didapatkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara pengetahuan perawat dengan penerapan *Hand Hygiene* oleh perawat di Instalasi rawat inap Rumah Sakit Mangosidi Manado ($p=0,000$), terdapat hubungan antara ketersediaan sarana dengan penerapan *Hand Hygiene* oleh perawat di Instalasi rawat inap Rumah Sakit Tkt. III R.W Mangosidi Manado ($p=0,000$). Ada hubungan antara motivasi perawat dengan penerapan *Hand Hygiene* oleh perawat di Instalasi rawat inap Rumah Sakit Tkt. III R.W Mangosidi Manado ($p=0,003$) dan terdapat hubungan antara supervisi dan penerapan *Hand Hygiene* oleh perawat di Instalasi rawat inap Rumah Sakit Tkt. III R.W Mangosidi Manado ($0,001$). Sehingga kesimpulan dari penelitian ini adalah ada hubungan antara pengetahuan, ketersediaan sarana, motivasi dan supervisi terhadap penerapan *Hand Hygiene* di Instalasi rawat inap Rumah Sakit Tkt. III R.W Mangosidi Manado.

Hasil penelitian Neila Fauzia, dkk dengan judul “Kepatuhan Standar Prosedur Operasional *Hand Hyigine* pada Perawat di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Tahun 2014”. Di dapatkan hasil penelitian bahwat perilaku *Hand Hyigiene* perawat sesuai dengan SPO yang berlaku di Rumah Sakit tersebut secara

keseluruhan sebesar 36% dengan kepatuhan tertinggi pada unit stroke. Tahapan dalam SPO dengan kepatuhan rendah terutama pada detail teknik melakukan cuci tangan.

Hasil penelitian Elies Ernawati, dkk dengan judul “Penerapan *Hand Hygiene* perawat di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Islam Hasanah Muhammadiyah Mojokerto Tahun 2014”. Didapatkan data bahwa Kepatuhan *Hand Hygiene* perawat ruang rawat inap rumah sakit masih rendah (35%). Angka kepatuhan yang tinggi ditemukan pada momen sesudah kontak atau melakukan tindakan sedangkan kepatuhan cuci tangan sebelum kontak dengan pasien sangat rendah bahkan nol pada momen sebelum kontak dengan pasien. Analisis akar masalah menunjukkan faktor pengetahuan dan penguatan monitoring dalam bentuk audit, media pengingat, tidak adanya mekanisme sangsi dan penghargaan merupakan determinan kepatuhan *Hand Hygiene*.

Hasil penelitian Joko Jamaluddin, dkk dengan judul “Kepatuhan Cuci Tangan 5 Momen di Unit Perawatan Instesif di Rumah Sakit Pantai Indah Kapuk Tahun 2012”. Didapatkan data bahwa kepatuhan cuci tangan selama sosialisasi berdasarkan 5 momen adalah momen 1 patuh (25,9%) tidak patuh (74,1%), momen 2 patuh (63%) tidak patuh (37%), momen 3 patuh (96,3%) tidak patuh (3,7%), momen 4 patuh (40,7%) tidak patuh (59,3%) dan momen 5 patuh (14,8%) tidak patuh (85,2%). Kepatuhan cuci tangan setelah sosialisasi berdasarkan 5 momen adalah momen 1 patuh (70,4 %) tidak patuh (29,6%), momen 2 patuh (18,5%) tidak patuh (81,5%), momen 3 patuh (3,7%) tidak patuh (96,3%), momen 4 patuh (33,3%) tidak patuh (66,7%) dan momen 5 patuh (70,4%) tidak patuh

(29,6%). Rata-rata kepatuhan cuci tangan selama sosialisasi berdasarkan kategori patuh (48,14%) dan tidak patuh (51,86%) sedangkan setelah sosialisasi didapatkan bahwa patuh (60,74%) dan tidak patuh (39,26%). Berdasarkan hasil penelitian diatas maka dapat disimpulkan bahwa program sosialisasi dapat meningkatkan pengetahuan dan kepatuhan cuci tangan 5 momen pada perawat yang bekerja di unit perawatan intensif.

Hasil penelitian Komariah Abdullah, dkk dengan judul penelitian “Hubungan Pengetahuan, Motivasi dan Supervisi Dengan Kinerja Pencegahan Infeksi Nosokomial di RSUD Haji Makassar Tahun 2014”. Hasil penelitian diperoleh bahwa pengetahuan ($p=0,000$), motivasi ($p=0,000$), dan supervisi ($p=0,000$) berhubungan dengan kinerja perawat pelaksana dalam pencegahan infeksi nosokomial. Kesimpulan penelitian ini adalah ada hubungan signifikan antara pengetahuan, motivasi, dan supervisi dengan kinerja perawat pelaksana dalam pencegahan infeksi nosokomial di Instalasi Rawat Inap RSUD Haji Makassar.

Hasil penelitian Sri Hananto dan Ponco, dkk dengan judul “Penerapan Supervisi Klinis Kepala Ruang Untuk Meningkatkan Pelaksanaan Cuci Tangan Lima Momen Perawat Pelaksana di Rumah Sakit di Kabupaten Bojonegoro Tahun 2016”. Hasil penelitian didapatkan bahwa pelaksanaan tindakan cuci tangan lima momen sebelum pelaksanaan supervisi klinis sebuah Rumah Sakit di Bojonegoro sebagian besar kurang baik dengan rerata 2.8261 (56,5%), pelaksanaan tindakan cuci tangan lima momen sesudah pelaksanaan supervisi klini Rumah Sakit di Bojonegoro sebagian besar kurang baik dengan rerata 4.1957 (83,9%),

pelaksanaan supervisi klinis akan meningkatkan pelaksanaan cuci tangan lima momen di Rumah Sakit di Bojonegoro ($p=0,000$, $p<0,05$).

Hasil penelitian Sumarni dengan judul “Kepatuhan *Hand Hygiene* di Rumah Sakit Misi Rangkasbitung Tahun 2016”. Didapatkan hasil penelitian bahwa tingkat kepatuhan melaksanakan *Hand Hygiene* adalah sebesar 44,7% dimana perawat/bidan melakukan *Hand Hygiene* sebelum dan sesudah melakukan tindakan perawatan. Sedangkan sebesar 55,3% perawat/bidan hanya melakukan *Hand Hygiene* sesudah melakukan tindakan perawatan. Ada hubungan yang bermakna antara ketersediaan sarana dengan kepatuhan melakukan *Hand Hygiene*, dimana $P=0,000$. Ada hubungan antara lama bekerja dengan kepatuhan melakukan *Hand Hygiene*, $P=0,0034$. Ada hubungan bermakna antara supervisi kepala ruangan dengan kepatuhan melakukan *Hand Hygiene*, $P=0,0005$. Ada hubungan bermakna dengan pelatihan dengan kepatuhan melakukan *Hand Hygiene*, $P=0,000$. Variabel yang paling berpengaruh terhadap kepatuhan melakukan *Hand Hygiene* adalah variabel supervisi kepala ruangan. Dimana perawat/bidan yang mendapatkan supervisi dari kepala ruangnya akan memiliki kepatuhan melakukan *Hand Hygiene* sebesar 7,3X lebih besar dibandingkan perawat/bidan yang tidak mendapatkan supervisi dari kepala ruangnya.

Hasil penelitian Sri Melfa Damanik, dkk dengan judul “Kepatuhan *Hand Hygiene* di Rumah Sakit Immanuel Bandung Tahun 2011”. Hasil penelitian menunjukkan bahwa kepatuhan perawat melakukan *Hand Hygiene* di Ruang Rawat Inap Prima I Rumah Sakit Immanuel Bandung sebesar 48,3%. Tidak terdapat hubungan yang bermakna antara faktor usia, masa kerja, tingkat pendidikan,

pengawasan, kebijakan rumah sakit, dan ketersediaan fasilitas dengan kepatuhan melakukan *Hand Hygiene*. Terdapat hubungan yang bermakna antara faktor pengetahuan, ketersediaan tenaga kerja, dan masa kerja dengan kepatuhan melakukan *Hand Hygiene* dimana masing-masing faktor mempunyai nilai $p <$ taraf kekeliruan ($\alpha = 0,05$). Ketersediaan tenaga kerja merupakan faktor paling dominan. Dari temuan tersebut rumah sakit perlu menyeimbangkan ketenagaan dan meningkatkan perawat melakukan *Hand Hygiene* melalui upaya pendidikan kesehatan.

Hasil penelitian Yuanita dengan judul “Analisis Faktor-faktor Yang Berhubungan Dengan Kepatuhan Perawat Dalam Penerapan *Hand Hygiene* di Ruang Rawat Inap Penyakit Dalam RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2014”. Didapatkan data bahwa sebagian besar perawat pelaksana berumur 18-35 tahun, mayoritas perawat pelaksana jenis kelamin perempuan, sebagian besar perawat pelaksana berpendidikan vokasional (D3 Keperawatan) dan lebih dari separuh perawat pelaksana dengan masa kerja < 10 tahun. Lebih dari separuh perawat pelaksana memiliki dukungan sosial tinggi, mayoritas perawat pelaksana memiliki pengetahuan yang tinggi, lebih dari separuh perawat pelaksana mempersiapkan fasilitas lengkap, dan lebih dari separuh perawat pelaksana mempersepsikan supervisi baik. Sebagian besar perawat pelaksana patuh dalam melaksanakan *Hand Hygiene*. Tidak terdapat hubungan yang bermakna antara faktor dukungan social (56,2%), pengetahuan (93,2%), fasilitas (54,8%), dan supervisi (54,8%) dengan kepatuhan perawat dalam penerapan *Hand Hygiene*, tetapi terdapat hubungan faktor motivasi (60,3%) dengan kepatuhan perawat

dalam penerapan *Hand Hygiene*. Tidak terdapat hubungan yang bermakna antara karakteristik perawat pelaksana yang meliputi umur, jenis kelamin, pendidikan dan masa kerja dengan kepatuhan perawat dalam penerapan *Hand Hygiene*.

Hasil penelitian Sumarni dengan judul “Analisis Implementasi *Patient Safety* Terkait Peningkatan Mutu Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit Ibnu Sina Tahun 2016”. Hasil penelitian menunjukkan bahwa tidak ada responden (0%) yang implementasi *Patient Safety* nya tergolong sangat lemah. Persentasi responden dengan implementasi *Patient Safety* yang tergolong kuat. Dimensi implementasi *Patient Safety* di Rumah Sakit Ibnu Sina tergolong tinggi dengan dimensi tertinggi pada dimensi kerjasama dalam unit sebesar 97,10%. Berdasarkan hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa implementasi *Patient Safety* Rumah Sakit Ibnu Sina tergolong kuat. Instalasi yang mengimplementasikan *Patient Safety* yang sangat kuatlah adalah instalasi farmasi, sedangkan instalasi yang mengimplementasikan *Patient Safety* sedang adalah Ambulance dan Evakuator. Dimensi Implementasi *Patient Safety* di Rumah Sakit Ibnu tergolong tinggi dengan dimensi tertinggi terdapat pada dimensi kerjasama dalam unit, sedangkan dimensi dukungan manajemen terhadap *Patient Safety*, *staffing*, dan keseluruhan persepsi *Patient Safety* tergolong sedang.

Hasil penelitian Bramantya, dkk dengan judul “Faktor Determinan Kepatuhan Pelaksanaan *Hand Hygiene* pada perawat IGD RSUD dr. Iskak Tulangagung Tahun 2015. Hasil penelitian menunjukan rerata kepatuhan *Hand Hygiene* pada perawat sebesar 36% dengan kepatuhan tertinggi pada sebelum tindakan aseptis (50%) dan terendah pada setelah menyentuh sekitar pasien (20%)

bahwa faktor-faktor yang paling mempengaruhi kepatuhan *Hand Hygiene* perawat IGD adalah pengetahuan, fasilitas dan pengingat/ role model. Solusi yang disepakati untuk meningkatkan kepatuhan adalah meningkatkan pengetahuan dengan cara memberi pembuktian efektifitas *Hand Hygiene* dalam mengurangi jumlah bakteri di tangan melalui pemeriksaan agar gel. Diharapkan agar solusi yang dipilih ditunjang dengan peningkatan fasilitas dan pelaksanaan sistem pengingat melalui poster atau *role model* dapat meningkatkan kepatuhan *Hand Hygiene* dapat meningkat secara optimal.

Hasil penelitian Fakhruddin dengan judul “Hubungan Motivasi Perawat Dengan Tingkat Kepatuhan Melakukan Cuci Tangan di RSI Klaten Tahun 2016”. Didapatkan data bahwa dari 61 responden yang dijadikan sampel bahwa mayoritas responden berumur antara 31-40 tahun dengan jenis kelamin terbanyak adalah perempuan dan tingkat pendidikan perawat mayoritas adalah D3 keperawatan. Motivasi perawat dalam cuci tangan enam langkah cuci tangan yang benar di RSI Klaten sebagian besar responden adalah lemah sebanyak 32 responden (52,5%). Tingkat kepatuhan perawat dalam melakukan cuci tangan enam langkah cuci tangan yang benar di RSI Klaten sebagian besar tidak patuh yaitu 35 responden (57,4%). Ada hubungan motivasi perawat rawat inap dengan tingkat kepatuhan dalam melakukan enam langkah cuci tangan yang benar di RSI Klaten ($p\text{ value} = 0,000$).

Hasil penelitian Kadek dengan judul “Hubungan Tingkat Pengetahuan Dengan Perilaku Mencuci Tangan Petugas Kesehatan di Rumah Sakit Umum Daerah Bandung Tahun 2013”. Didapatkan bahwa tenaga kesehatan memiliki

tingkat pengetahuan mencuci tangan baik sebanyak 54 orang (73%) dan tenaga kesehatan yang memiliki tingkat pengetahuan kurang sebanyak 20 orang (27%). Tenaga kesehatan yang memiliki perilaku baik sebanyak 43 orang (58,1%) dan tenaga kesehatan yang memiliki perilaku kurang sebanyak 31 orang (41,9%). Hasil uji statistik menunjukkan nilai $p = 0,39$ ($p > 0,05$) yang artinya tidak ada perbedaan proporsi perilaku mencuci tangan pada tenaga kesehatan yang memiliki pengetahuan baik dan yang memiliki pengetahuan yang kurang.

Hasil penelitian Neila dengan judul “Pengaruh Faktor Individu, Organisasi dan Perilaku Terhadap Kepatuhan Perawat Dalam Melaksanakan *Hand Hygiene* di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Tk. II Dr. Soepraoen Malang Tahun 2015. Didapatkan hasil bahwa Kepatuhan *Hand Hygiene* perawat yang bekerja di RST dr. Soepraoen Malang sebagian baik. Hal ini didukung oleh faktor individu (pengetahuan, sikap, beban kerja dan motivasi), dukungan organisasi (prosedur tetap, penghargaan, sanksi, pelatihan dan fasilitas) dan perilaku (*self-efficaci* dan pengaruh social) yang dimiliki oleh setiap responden sebagian besar tergolong baik.

Hasil uji statistik diperoleh bahwa faktor individu, organisasi dan perilaku berpengaruh signifikan secara simultan (bersama-sama) terhadap kepatuhan *Hand Hygiene* perawat, sedangkan secara parsial hanya faktor individu dan organisasi yang berpengaruh signifikan terhadap kepatuhan *Hand Hygiene* perawat dan variabel perilaku tidak berpengaruh signifikan terhadap kepatuhan perawat dalam melaksanakan *Hand Hygiene*. Hasil uji hipotesis menunjukkan bahwa organisasi tidak berpengaruh dominan terhadap kepatuhan *Hand Hygiene* perawat sehingga

yang berpengaruh paling dominan terhadap kepatuhan *Hand Hygiene* perawat dalam penelitian ini adalah faktor individu.

Hasil penelitian Riyani dengan judul “Pengetahuan dan Penerapan *Five Moments* Cuci Tangan Perawat di RSUD Sukoharjo Tahun 2017”. Didapatkan bahwa hasil penelitian pengetahuan dengan hasil pengetahuan baik yaitu sebesar 22 responden (75,9%) dan pengetahuan cukup dengan 7 responden (24,1%). Sebagian besar perawat sudah menerapkan *Five Moments* cuci tangan yaitu 17 responden (58,6%) dan perawat yang tidak menerapkan *Five Moments* cuci tangan yaitu 12 responden (41,4%). Kesimpulan : pengetahuan perawat tentang *Five Moments* cuci tangan adalah baik dan sebagian besar perawat telah menerapkan *Five Moments* cuci tangan.

Hasil penelitian Yiyin dengan judul “Pengaruh Faktor Predisposisi dan Faktor Pendukung Terhadap Perilaku Cuci Tangan Penjamah Makanan di Cafe Pisang Rumah Sakit PHC Surabaya Tahun 2015”. Didapatkan bahwa faktor predisposisi penjamah makanan di Rumah Sakit PHC Surabaya terhadap perilaku cuci tangan menunjukkan bahwa nilai yang dicapai yaitu 0,366 untuk pengetahuan terhadap langkah cuci tangan dan nilai 0,144 untuk pengetahuan terhadap waktu cuci tangan, sedangkan nilai 0,745 untuk sikap terhadap langkah cuci tangan dan nilai 0,195 untuk sikap terhadap waktu cuci tangan. Faktor pendukung penjamah makanan terhadap perilaku cuci tangan menunjukkan bahwa nilai yang dicapai yaitu 0,241 untuk pendukung terhadap langkah cuci tangan dan nilai 0,750 untuk pendukung terhadap waktu cuci tangan. Ketersediaan fasilitas cuci tangan (faktor pemungkin) dengan interpretasi skor 1 yang artinya cukup. Kesimpulan dalam

penelitian ini menunjukkan bahwa faktor predisposisi dan faktor pendukung tidak berpengaruh terhadap perilaku mencuci tangan penjamah makanan di Café Pisang Rumah Sakit PHC Surabaya, serta ketersediaan fasilitas dengan kategori cukup menunjukkan perilaku penjamah makanan yang masih belum memenuhi standart mencuci tangan yang baik dan benar.

Hasil penelitian Suratun dengan judul “Pengaruh Kepatuhan Perawat Melakukan Cuci Tangan Sebelum Pemasangan Infus Terhadap Kejadian *Phlebitis* di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit X Tahun 2013”. Didapatkan hasil bahwa kepatuhan perawat melakukan cuci tangan sebelum melakukan pemasangan infus terhadap kejadian *phlebitis* menunjukkan bahwa tidak ada hubungan secara bermakna terhadap kejadian *phlebitis*. Ketersediaan fasilitas cuci tangan mempunyai hubungan yang bermakna dengan kejadian *phlebitis* dengan nilai $p=0,000$. Analisis multivariat menggunakan *Regresi Logistik Ganda* menunjukkan bahwa ketersediaan fasilitas cuci tangan merupakan faktor yang paling dominan untuk menurunkan angka kejadian *phlebitis* dengan *Odds Ratio* 19,333.

2.2. Telaah Teori

2.2.1. Pengertian Kepatuhan

Kepatuhan berasal dari kata patuh. Menurut KBBI (Kamus Besar Bahasa Indonesia), patuh berarti suka menurut perintah, taat kepada perintah atau aturan dan berdisiplin. Kepatuhan berarti bersifat patuh, ketaatan, tunduk, patuh pada ajaran dan aturan.

Kepatuhan merupakan perubahan perilaku atau kepercayaan seseorang sebagai akibat adanya tekanan kelompok yang terdiri dari pemenuhan dan

penerimaan, serta mengikuti peraturan atau perintah langsung yang diberikan kepada suatu kelompok maupun individu (15).

Kepatuhan adalah perubahan sikap dan tingkah laku seseorang untuk mengikuti permintaan atau perintah orang lain. Seseorang dikatakan patuh terhadap orang lain apabila orang tersebut dapat : mempercayai, menerima, dan melakukan sesuatu permintaan atau perintah orang lain (16).

Kepatuhan sebagai kemauan mematuhi sesuatu dengan takluk tunduk. Pelanggaran terhadap peraturan kerap terjadi di masyarakat akibat dari kurang puasnya salah satu pihak dengan peraturan tersebut. Pelanggaran yang terjadi dapat dilakukan oleh siapa saja termasuk oleh remaja (17).

Kepatuhan merupakan serangkaian perilaku seseorang dalam melaksanakan atau mentaati tata tertib yang berlaku atas dasar rasa hormat dan kesedaran diri sendiri (18).

Kepatuhan adalah tingkat seseorang melaksanakan suatu cara atau berperilaku sesuai dengan apa yang disarankan dibebankan kepadanya, kepatuhan pelaksanaan prosedur tetap adalah selalu memenuhi petunjuk atau peraturan-peraturan dan memahami etika keperawatan ditempat perawat tersebut bekerja (19).

Kepatuhan merupakan perilaku individu melakukan kesetiaan, ketaatan untuk melakukan apa yang diperintahkan kepadanya untuk melaksanakan prosedur tetap yang sudah dibuat. Kepatuhan pada awalnya individu mematuhi dan seringkali kepatuhan dilakukan karena ingin menghindari hukuman atau sanksi jika tidak patuh (19).

2.2.2. Pengukuran Kepatuhan

Pengukuran kepatuhan dikategorikan menjadi 2 yaitu (19) :

a. Patuh

Bila perilaku perawat sesuai dengan ketentuan yang diberikan oleh profesional kesehatan.

b. Tidak patuh

Bila perawat menunjukkan ketidak taatan terhadap intruksi yang diberikan

2.2.3. Faktor-faktor yang mempengaruhi Kepatuhan

Menurut Lawrence Green dalam (Notoadmodjo, 2010) faktor kepatuhan dipengaruhi oleh 3 faktor utama yaitu faktor predisposisi (*predisposing factors*), faktor pemungkin (*enabling factors*) dan faktor penguat (*reinforcing factors*) (20).

A. Faktor predisposisi (*predisposing factors*) :

1. Pengetahuan

a. Pengertian pengetahuan

Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang. Dari pengalaman pengertian ternyata perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng dari pada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan (21).

Pengetahuan merupakan sesuatu hal yang dapat menjadikan seseorang untuk mengenal dari suatu objek, pengetahuan bisa didapatkan berdasarkan pengalaman dan penglihatan oleh indera, dengan demikian pengetahuan itu sangatlah penting, dengan adanya pengetahuan maka dapat memberikan wawasan

yang luas pada setiap individu, dan dapat mengaplikasikannya dalam situasi tertentu (9).

b. Tingkat pengetahuan

Pengetahuan dalam aspek kognitif dibagi menjadi 6 tingkatan yaitu (9):

1) Tahu (*know*)

Tahu diartikan mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya, dari seluruh pelajaran yang telah dipelajari. Termasuk dalam tingkat ini adalah mengingat kembali sesuatu yang bersifat spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari. Oleh sebab itu tahu ini merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah. Kasta kerja untuk mengukur bahwa orang tahu tentang apa yang dipelajari yang artinya hanya sekedar tahu.

2) Memahami (*comprehension*)

Memahami ini diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang obyek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan ke kondisi sebenarnya. Orang yang telah paham terhadap obyek atau materi harus dapat menjelaskan, menyebutkan terhadap obyek yang dipelajari.

3) Aplikasi (*application*)

Kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi yang sebenarnya. Aplikasi disini dapat diartikan sebagai aplikasi atau hukum-hukum, rumus, metode, prinsip dan sebagainya dalam konteks atau situasi yang lain. Misalnya dengan menggunakan rumus statistik dalam perhitungan-perhitungan hasil penelitian, dapat

menggunakan prinsip-prinsip siklus pemecahan masalah dari kasus kesehatan kesehatan yang diberikan.

4) Analisis (*analysis*)

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek kedalam komponen-komponen, tetapi masih dalam suatu struktur organisasi tersebut dan masih ada kaitannya satu sama lain.

5) Evaluasi (*evaluation*)

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek. Penilaian suatu kriteria yang ditentukan sendiri atau menggunakan kriteria-kriteria yang sudah ada.

6) Mencipta (*creat*)

Mencipta yaitu menempatkan beberapa elemen atau mengambil semua unsur pokok secara bersama-sama membangun suatu keseluruhan yang logis dan fungsional serta membuat sesuatu yang memiliki fungsi atau mengorganisasikan kembali elemen-elemen tersebut ke dalam pola atau struktur yang baru.

c. Faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan

Faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan dibagi menjadi dua yaitu faktor internal dan eksternal. Berikut uraian dengan masing-masing faktor tersebut (9).

1) Faktor internal

a) Pendidikan

Pendidikan berarti bimbingan yang diberikan seseorang terhadap perkembangan orang lain menuju ke arah cita-cita tertentu yang menentukan manusia untuk berbuat dan mengisi kehidupan untuk mencapai keselamatan dan kebahagiaan. Pendidikan dapat mempengaruhi seseorang pada pola hidup terutama dalam motivasi dan mudah menerima informasi.

b) Pekerjaan

Pekerjaan adalah aktivitas yang harus dilakukan terutama untuk menunjang kehidupan dan kehidupan keluarga.

c) Umur

Usia adalah umur individu yang terhitung mulai saat lahirkan sampai berulang tahun.

2) Faktor eksternal

a) Faktor lingkungan

Lingkungan merupakan seluruh kondisi yang ada disekitar manusia dan pengaruhnya yang dapat mempengaruhi perkembangan dan perilaku orang atau kelompok.

b) Sosial budaya

Sistem sosial budaya yang ada dalam masyarakat juga mempengaruhi sikap dalam penerimaan informasi.

2. Sikap

Sikap (*attitude*) merupakan konsep paling penting dalam psikologis sosial yang membahas unsur sikap sebagai individu maupun kelompok. Banyak kajian dilakukan untuk merumuskan pengertian sikap, proses terbentuknya sikap, maupun perubahan. Banyak pula penelitian telah dilakukan terhadap sikap kaitannya dengan efek perannya dalam pembentukan karakter dan sistem hubungan antar kelompok serta pilihan-pilihan yang ditentukan berdasarkan lingkungan dan pengaruhnya terhadap perubahan (9).

Sikap adalah respon tertutup seseorang terhadap stimulus atau objek tertentu, yang sudah melibatkan faktor pendapat dan emosi yang bersangkutan. Sikap belum merupakan suatu tindakan atau aktifitas, tetapi kesiapan untuk bereaksi terhadap objek lingkungan tertentu sebagai suatu penghayatan terhadap objek, atau sikap merupakan perilaku terselubung atau perilaku tertutup yang merupakan kesiapan dan kesediaan untuk bertindak dan bukan merupakan pelaksanaan motif tertentu (9).

Sikap bermula dari perasaan (suka atau tidak suka) yang terkait dengan kecenderungan seseorang dalam merespon sesuatu/objek. Sikap dapat dibentuk, sehingga terjadi perilaku atau tindakan yang diinginkan. Sikap terkait dengan suatu kondisi yang internal yang memengaruhi pilihan untuk bertindak dan kecenderungan untuk memilih obyek terdapat pada diri pembelajar, bukan kinerja yang spesifik (9).

Sikap mempunyai pengaruh yang kuat terhadap perilaku, karena sikap itu membantu seseorang dalam merasakan dunianya dan memberikan pedoman kepada perilaku yang dapat membantu dalam menjelaskan dunianya. Sikap juga membantu seseorang merasa aman di suatu lingkungannya yang pada mulanya tampak asing. Sikap diperoleh melalui proses seperti pengalaman, pembelajaran, identifikasi, perilaku peran. Karena sikap itu dipelajari, sikap juga dapat dimodifikasi dan diubah. Pengalaman baru secara konstan memengaruhi sikap, membuat sikap berubah, intensif, lemah, ataupun sebaliknya. Sikap merupakan proses yang dinamik, sehingga media dan kehidupan seseorang akan memengaruhinya. Sikap dapat membantu personal karena berkaitan dengan harga diri yang positif atau dapat juga merusak personal karena adanya intensitas perasaan gagal. Sikap berada disetiap orang sepanjang waktu dan secara konstan. Berdasarkan uraian diatas, maka sikap memiliki tiga komponen yaitu :

1. Komponen kognisi yang hubungannya dengan beliefs, ide dan konsep.
2. Komponen afeksi yang menyangkut kehidupan emosioanal seseorang
3. Komponen konasi yang merupakan kecenderungan yang bertingkah laku (8).

Beberapa tipe skala sikap telah dikembangkan untuk diterapkan pada individual dan kelompok-kelompok, serta teknik-teknik masa dari penyeledikan pendapat umum yang telah dikembangkan untuk penafsiran dan penilaian sikap-sikap rasional. Selanjutnya dapat ditegaskan bahwa pada diri seseorang, sikap terdiri dari 3 komponen pokok yaitu (8):

1. Kepercayaan atau keyakinan ide dan konsep terhadap objek artinya bagaimana keyakinan dan pendapat atau pemikiran seseorang terhadap objek.

2. Kehidupan emosional atau evaluasi orang terhadap objek artinya bagaimana penilaian (terkandung) didalamnya faktor emosi orang tersebut terhadap objek.
3. Kecenderungan untuk bertindak (*tend to behave*) artinya sikap adalah merupakan komponen yang mendahului tindakan atau perilaku terbuka. Sikap adalah ancang-ancang untuk bertindak atau berperilaku terbuka (tindakan).

3. Motivasi

Motif atau motivasi berasal dari kata latin ‘ moreve’ yang berarti dorongan dari dalam diri manusia untuk bertindak atau berperilaku. Motivasi tidak terlepas dari kata kebutuhan atau ‘ needs’ atau ‘ want’, kebutuhan adalah suatu potensi dalam diri manusia yang perlu ditanggapi atau direspon. Tanggapan terhadap kebutuhan tersebut dan hasilnya orang akan merasa puas. Apabila kebutuhan tersebut belum direspon atau dipenuhi, maka akan berpotensi untuk muncul kembali sampai terpenuhinya kebutuhan yang diinginkan (9).

Motivasi adalah konsep yang menggambarkan kondisi intrinsik yang merangsang perilaku tertentu, dan respon intrinsik yang menampakkan perilaku manusia. Respon intrinsik ditopang oleh sumber energi, yang disebut motif yang dapat diartikan sebagai kebutuhan, keinginan, atau dorongan. Motivasi diukur dengan perilaku (22).

Motivasi dapat mempengaruhi seseorang untuk melaksanakan suatu pekerjaan yang menjadi tugas dan tanggungjawabnya. Motivasi adalah daya penggerak didalam diri orang untuk melakukan aktivitas tertentu demi mencapai suatu tujuan tertentu (23).

Motivasi adalah rangsangan, dorongan dan ataupun pembangkit tenaga yang dimiliki seseorang atau sekelompok masyarakat yang mau berbuat dan bekerja sama secara optimal melaksanakan sesuatu yang telah direncanakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan (24). Maslow menyatakan bahwa motivasi didasarkan pada teori *holistic dinamis* yang berdasarkan tingkat kebutuhan manusia. Individu akan lebih puas bila kebutuhan fisiologis telah terpenuhi dan apabila kebutuhan tersebut tercapai maka individu tersebut tidak perlu dimotivasi. Tingkat kebutuhan yang paling mempengaruhi motivasi adalah tingkat kebutuhan aktualisasi diri. Aktualisasi diri merupakan upaya individu tersebut untuk menjadi seseorang yang seharusnya (25).

Motivasi dibedakan atas dua macam, yaitu motivasi intrinsik timbulnya suatu proses yang ada didalam diri individu sendiri, dan motivasi ekstrinsik timbulnya karena adanya rangsangan dari luar individu. Fungsi dari motivasi dalam hubungannya dengan perilaku adalah sebagai penggerak untuk mendorong manusia bertindak menuju kearah perwujudan suatu tujuan (23).

Karakteristik umum dari motivasi adalah tingkah laku yang bermotivasi digerakkan dimana pendorongnya kebutuhan dasar, memberi arah, menimbulkan intensitas bertindak, efektif dan merupakan kunci untuk pemuas kebutuhan (23).

Menurut Notoadmodjo untuk meningkatkan motivasi seseorang ada dua metode, yaitu metode langsung dengan pemberian materi atau non materi secara langsung untuk memenuhi kebutuhan misalnya memberikan bonus atau hadiah, dan metode tidak langsung berupa fasilitas atau saran dalam upaya meningkatkan motivasi dalam mencuci tangan (8).

4. Praktik dan tindakan

a. Pengertian

Suatu sikap optimis terwujud dalam suatu tindakan (*over behavior*). Untuk mewujudkan sikap menjadi suatu perbuatan nyata diperlukan faktor pendukung atau suatu kondisi yang memungkinkan, antara lain ada fasilitas (20).

b. Praktik mempunyai beberapa tingkat :

1) Persepsi (*perseption*)

Mengenal dan memilih berbagai objek sehubungan dengan tindakan yang akan diambil adalah merupakan praktik tingkat pertama. Misalnya, seseorang ibu yang dapat memilih makanan yang bergizi tinggi bagi anak balitanya.

2) Responsi terpimpin (*guide response*)

Dapat melakukan sesuatu sesuai dengan urutan yang besar dan sesuatu dengan contoh adalah merupakan indicator praktik tingkat dua. Misalnya, seorang ibu dapat memasak dengan benar, mulai dari mencuci dan memotong-motongnya, lamanya memasak, menutup pancinya dan sebagainya.

3) Mekanisme (*mecanisme*)

Apabila seseorang telah dapat melakukan sesuatu dengan benar secara otomatis, atau sesuatu itu sudah merupakan sesuatu kebiasaan, maka ia sudah mencapai praktik tingkat tiga. Misalnya, seorang ibu yang sudah mengimunitasikan bayinya pada umur-umur tertentu, tanpa menunggu perintah atau ajakan orang lain.

4) Adopsi (*adoption*)

Adaptasi adalah suatu praktik atau tindakan yang sudah berkembang dengan baik. Artinya tindakan itu sudah dimodifikasikannya tanpa mengurangi kebenaran tindakan tersebut. Misalnya, ibu dapat memilih dan memasak makanan yang bergizi tinggi berdasarkan bahan-bahan yang murah dan sederhana (20).

c. Indikator dalam praktik kesehatan

- 1) Praktik (tindakan) sehubungan dengan penyakit. Tindakan ini mencakup : pencegahan penyakit dan penyembuhan penyakit.
- 2) Praktik (tindakan) pemeliharaan dan peningkatan kesehatan
- 3) Praktik (tindakan) kesehatan lingkungan (20).

B. Faktor Pendukung (*Enabling Factors*)

Faktor-faktor ini mencakup berbagai keterampilan dan sumberdaya yang perlu untuk melakukan perilaku kesehatan. Faktor-faktor ini mencakup ketersediaan sarana prasarana atau fasilitas yang pada hakikatnya mendukung atau memungkinkan terwujudnya perilaku kesehatan, misalnya air bersih, alat mencuci tangan, dsb (20).

1. Fasilitas

Fasilitas kesehatan merupakan prasarana dalam pelayanan kesehatan. Fasilitas yang baik akan mempengaruhi minat perawat untuk melakukan cuci tangan sehingga perawat sadar dan peduli akan kesehatannya. Hal ini terbukti jika seseorang yang memanfaatkan fasilitas kesehatan secara baik akan mempunyai taraf kesehatan yang lebih baik. Hal ini akan membuat individu merasa

bertanggungjawab terhadap kesehatannya dan akan memanfaatkan fasilitas dengan baik (8).

Menurut teori Griffiths, insiden infeksi nosokomial disebabkan oleh beberapa faktor yaitu faktor fasilitas rumah sakit yang belum memenuhi standar, faktor kepemimpinan, dan faktor tenaga kerja itu sendiri dokter, perawat, bidan, apoteker, fisioterapi dan profesi kesehatan lainnya (26).

Dalam kamus besar Bahasa Indonesia fasilitas adalah sarana untuk melancarkan fungsi. Arti lainnya adalah kemudahan. Definisi fasilitas adalah sesuatu berupa benda maupun uang yang dapat mempermudah serta memperlancar pelaksanaan suatu usaha tertentu. Adajuga pengertian fasilitas menurut pendapat ahli diantaranya Zakiah Drajadjat, seorang pakar psikologi islam, yang berpendapat fasilitas artinya segala sesuatu yang bisa mempermudah upaya serta memperlancar kerja dalam rangka mencapai suatu tujuan tertentu sedangkan menurut Suharsini Arikunto yang merupakan dosen dan peneliti di bidang pendidikan dan penelitian, fasilitas artinya segala sesuatu hal yang dapat memudahkan dan memperlancar pelaksanaan segala sesuatu (27).

Yang terwujud dalam lingkungan fisik, ketersediaan sarana dan prasarana atau fasilitas kesehatan bagi masyarakat, misalnya: air bersih, tempat buang sampah, tempat buang tinja, ketersediaan makanan yang bergizi, dan sebagainya. Termasuk juga fasilitas pelayanan kesehatan seperti puskesmas, rumah sakit, poliklinik, posyandu, polindes, pos obat desa, dokter atau bidan swasta dan sebagainya. Untuk mendukung perilaku hidup sehat (28).

C. Faktor Penguat (*reinforcing factors*)

Menurut Green faktor pendorong atau penguat adalah mereka yang mendukung untuk menentukan tindakan kesehatan. Faktor pendorong tentu saja bervariasi tergantung pada tujuan dan jenis program. Dalam program pendidikan kesehatan, sebagai contoh, penguatan dapat diberikan oleh rekan kerja, supervisor, pimpinan serikat buruh dan keluarga. Faktor-faktor pendorong meliputi faktor sikap dan perilaku tokoh masyarakat, tokoh agama, sikap dan perilaku para petugas termasuk petugas kesehatan (20).

Faktor penguat merupakan faktor yang datang sesudah perilaku dalam memberikan ganjaran atau hukuman atas perilaku dan berperan dalam menetapkan dan atau lenyapnya perilaku tersebut. Termasuk dalam faktor ini adalah manfaat sosial dan manfaat fisik serta ganjaran nyata atau tidak nyata yang pernah diterima oleh pihak lain. Sumber dari faktor penguat dapat berasal dari tenaga kesehatan, kawan, keluarga, atau pimpinan. Faktor penguat bisa positif dan negatif tergantung pada sikap dan perilaku orang lain yang berkaitan. Faktor penguat disini yang dimaksud dalam pencegahan dan pengendalian infeksi adalah berasal dari tenaga kesehatan itu sendiri yaitu peran dari Tim Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) (20).

Berdasarkan kemenkes RI dalam standar akreditasi Rumah Sakit PPI 10.6 bahwa proses pencegahan dan pengendalian infeksi dirancang untuk menurunkan risiko infeksi pada pasien, staf dan lainnya. Rumah sakit harus bertindak pro aktif dalam mengidentifikasi dan mengikuti alur dari resiko, angka, dan kecenderungan infeksi di Rumah Sakit (29).

1. Peran PPI

Untuk meminimalkan resiko terjadinya infeksi di rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya perlu diterapkan pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI), yaitu kegiatan yang meliputi perencanaan, pelaksanaan, pembinaan, pendidikan dan pelatihan, serta monitoring dan evaluasi (28).

Pencegahan dan pengendalian infeksi di rumah sakit (PPIRS) sangat penting karena menggambarkan mutu pelayanan rumah sakit. Apalagi akhir-akhir ini muncul berbagai penyakit infeksi baru (new emerging, emerging diseases, dan re-emerging diseases) (29).

Pelaksanaan peningkatan program PPI saat ini memiliki tantangan dimasa mendatang. Jumlah rumah sakit dan fasilitas Yankes sangat banyak dan terus bertambah, serta keterbatasan sumber daya manusia yang terampil dibidang Hals. Untuk itu, perlu pelatihan-pelatihan agar didapat tenaga kesehatan yang professional dan terampil (29).

Tujuan dari program PPI adalah untuk meningkatkan kualitas pelayanan rumah sakit dan fasilitas kesehatan lainnya melalui pencegahan dan pengendalian infeksi: melindungi sumber daya manusia kesehatan dan masyarakat dari penyakit infeksi yang berbahaya; serta menurunkan angka kejadian infeksi nosokomial (29).

Ruanglingkup dari program PPI meliputi pencegahan infeksi, pendidikan dan pelatihan, surveilans, dan penggunaan obat antibiotic secara rasional. Dalam Kepmenkes No. 129 Tahun 2008 ditetapkan suatu standar minimal pelayanan rumah sakit, termasuk didalamnya pelaporan kasu infeksi nosokomial untuk

melihat sejauh mana rumah sakit melakukan pengendalian terhadap infeksi ini. Data infeksi nosokomial dari surveilans infeksi nosokomial di setiap rumah sakit dapat digunakan sebagai acuan pencegahan infeksi guna meningkatkan pelayanan medis bagi pasien (30).

Tim PPI dulu diawali dengan nama Panitia infeksi nosokomial dengan keanggotaan dokter, perawat, bagian CSSD, sanitasi dan limbah dan bagian linen. Sasaran/ target inos saat meliputi pasien, petugas dan lingkungan rumah sakit. Pasien dibedakan menjadi pasien infeksius dan non infeksius. Petugas menganggap sumber infeksi dari pasien. Tahun 2007 panitia infeksi nosokomial berubah nama menjadi Tim Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (Tim PPI), dengan sasaran target lebih luas meliputi pasien, petugas, lingkungan rumah sakit dan disekitar rumah sakit, pengunjung rumah sakit, praktikan/mahasiswa, dan masyarakat disekitar rumah sakit. Kebijakan Tim PPI tidak mengkategorikan pasien infeksius dan noninfeksius, tetapi semua pasien dianggap infeksius, sehingga saat menangani/melakukan tindakan prosedur ke semua pasien, petugas diharuskan memakai APD (alat pelindung diri) (29).

Tim PPI terdiri dari perawat PPI/IPCN dan 1 (satu) dokter PPI setiap 5 (lima) perawat PPI. Rumah sakit diwajibkan memiliki IPCN penuh waktu dengan rasio satu IPCN untuk 100-150 tenaga terlatih. IPCN dapat dibantu beberapa IPCLN (Infection Prevention and Control Link Nurse) (29).

2.2.4. Cuci Tangan (*Hand Hygiene*)

1. Pengertian cuci tangan

Menurut Depkes (2007) mencuci tangan adalah proses yang secara mekanis melepaskan kotoran dan debris dari kulit tangan dengan menggunakan sabun biasa dan air. Cuci tangan adalah proses membuang kotoran dan debu secara mekanis dari kulit kedua belah tangan dengan memakai sabun dan air (31).

Sementara itu menurut Larson mengatakan bahwa mencuci tangan adalah menggosok dengan sabun secara bersama seluruh kulit permukaan tangan dengan kuat dan ringkas yang kemudian dibilas di bawah air (32).

Mencuci tangan adalah membasahi tangan dengan air mengalir untuk menghindari penyakit, agar kuman yang menempel pada tangan benar-benar hilang. Mencuci tangan juga mengurangi pemindahan mikroba ke pasien dan menghambat pertumbuhan mikroorganisme yang berada pada kuku, tangan dan lengan. Teknik dasar yang paling penting dalam pencegahan dan pengontrolan penularan infeksi adalah mencuci tangan (32).

Mencuci tangan adalah proses yang secara mekanik melepaskan kotoran dan debris dari kulit tangan dengan menggunakan sabun biasa dan air (33). Mencuci tangan dilakukan sebelum dan sesudah melakukan tindakan keperawatan walaupun memakai sarung tangan dan alat pelindung diri lain. Tindakan ini untuk mengurangi mikroorganisme yang ada ditangan sehingga penyebaran infeksi dapat dikurangi (34).

Jadi, cuci tangan adalah tindakan membersihkan kedua tangan dari mikroorganisme, debu, dan kotoran dengan cara menggosok kedua tangan dengan

menggunakan air dan sabun secara bersamaan kemudian dibilas dengan air mengalir.

2. Tujuan mencuci tangan

Tujuan mencuci tangan adalah untuk membuang kotoran dan organisme yang menempel dari tangan dan untuk mengurangi jumlah mikroba total pada saat itu. Tangan yang terkontaminasi merupakan penyebab utama perpindahan infeksi (32).

Tujuan dilakukan *hand hygiene* ialah untuk mengangkat mikroorganisme yang ada di tangan, mencegah infeksi silang (*cross sectional*), menjaga kondisi steril, melindungi diri dari pasien dan infeksi, memberikan perasaan segar dan bersih (35).

Tujuan *hand hygiene* adalah menghilangkan kotoran dan debu secara mekanis dari permukaan kulit dan mengurangi mikroorganisme sementara. Tujuan dari *hand hygiene* adalah untuk membersihkan mikroorganisme transien sebelum berpindah ke pasien rentan. Infeksi silang dapat terjadi sewaktu perawat berpindah dari satu pasien ke pasien yang lain atau memegang bagian yang berbeda pada satu pasien (31).

3. Indikasi cuci tangan

WHO (2009) mengindikasikan cuci tangan sebagai berikut :

- a. Cuci tangan dengan air dan sabun ketika terlihat kotor atau terpapar dengan darah atau cairan tubuh lainnya atau setelah menggunakan toilet.
- b. Sebelum dan sesudah menyentuh pasien

- c. Sebelum melakukan prosedur invasif dengan atau tanpa menggunakan sarung tangan
- d. Setelah bersentuhan dengan kulit yang tidak intact , membrane mukosa, atau balutan luka
- e. Bila berpindah dari satu bagian tubuh yang terkontaminasi ke bagian tubuh yang lainnya dalam satu perawatan pada pasien yang sama
- f. Setelah kontak dengan peralatan medis
- g. Setelah melepaskan sarung tangan steril dan non steril
- h. Sebelum pemberian medikasi atau mempersiapkan makanan cuci tangan menggunakan alcohol handrub atau cuci tangan dengan sabun anti bakterial dengan air mengalir

Indikasi waktu mencuci tangan menurut Kemenkes RI adalah (36) :

- a. Setiap kali tangan kita kotor (setelah memegang uang, binatang, berkebun dll)
- b. Setelah BAB (buang air besar)
- c. Sebelum memegang makanan
- d. Setelah bersin, batuk, membuang ingus
- e. Setelah pulang dari bepergian
- f. Setelah bermain

Cuci tangan harus dilakukan pada saat yang diperkirakan mungkin akan terjadi perpindahan kuman melalui tangan, yaitu sebelum melakukan suatu tindakan yang seharusnya dilakukan secara bersih dan setelah melakukan tindakan yang kemungkinan terjadi pencemaran, seperti :

- a. Sebelum melakukan tindakan, misalnya : memulai pekerjaan (baru tiba di kantor), saat akan memeriksa (kontak langsung dengan pasien), saat akan memakai sarung tangan steril atau sarung tangan yang telah didesinfeksi tingkat tinggi (DTT) untuk melakukan suatu tindakan, saat akan memakai peralatan yang telah di DTT, saat akan melakukan injeksi, saat hendak pulang kerumah.
- b. Setelah melakukan tindakan yang kemungkinan terjadi pencemaran, misalnya setelah memeriksa pasien, setelah memegang alat-alat bekas pakai dan bahan-bahan lain yang beresiko terkontaminasi, setelah menyentuh selaput mukosa, darah atau cairan tubuhn lainnya, setelah membuka sarung tangan (cuci tangan sesudah membuka sarung tangan perlu dilakukan karena ada kemungkinan sarung tangan berlubang atau robek), setelah dari toilet/kamar kecil, setelah bersin atau batuk (37).

4. Sarana cuci tangan

a. Air mengalir

Sarana utama untuk cuci tangan adalah air mengalir dengan saluran pembuangan atau bak penampung yang memadai. Dengan guyuran air mengalir tersebut maka mikroorganisme yang terlepas karena gesekan mekanis atau kimiawi saat cuci tangan akan terhalau dan tidak menempel lagi dipermukaan kulit. Air mengalir tersebut dapat berupa kran atau dengan cara mengguyur dengan gayung, namun cara mengguyur dengan gayung memiliki risiko cukup besar untuk terjadinya pencemaran, baik melalui gagang gayung ataupun percikan air bekas cucian kembali ke bak penampung air bersih. Air kran bukan berarti

harus dari PAM, namun dapat diupayakan secara sederhana dengan tangki berkran di ruang pelayanan/perawatan kesehatan agar mudah dijangkau oleh para petugas kesehatan.

Selain air mengalir ada, 2 jenis bahan pencuci tangan yang dibutuhkan yaitu: sabun atau deterjen dan larutan antiseptik.

b. Sabun dan deterjen

Bahan tersebut tidak membunuh mikroorganisme tetapi menghambat dan mengurangi jumlah mikroorganisme dengan jalan mengurangi tegangan permukaan sehingga mikroorganisme terlepas dari permukaan kulit dan mudah dibawa oleh air. Jumlah mikroorganisme semakin berkurang dengan meningkatnya frekuensi cuci tangan, namun dilain pihak dengan seringnya menggunakan sabun atau deterjen maka lapisan lemak kulit akan hilang dan membuat kulit menjadi kering dan pecah-pecah. Hilangnya lapisan lemak akan memberi peluang untuk tumbuhnya kembali mikroorganisme.

c. Larutan antiseptik

Larutan antiseptik atau disebut juga antimikroba topical, dipakai pada kulit atau jaringan hidup lainnya untuk menghambat aktivitas atau membunuh mikroorganisme pada kulit. Antiseptik memiliki bahan kimia yang memungkinkan untuk digunakan pada kulit dan selaput mukosa. Antiseptik memiliki keragaman dalam hal efektivitas, aktivitas, akibat dan rasa pada kulit setelah dipakai sesuai dengan keragaman jenis antiseptik tersebut dan reaksi kulit masing-masing individu.

Kulit manusia tidak dapat disterilkan. Tujuan yang ingin dicapai adalah penurunan jumlah mikroorganisme pada kulit secara maksimal terutama kuman transien. Kriteria memiliki antiseptic adalah sbb:

1. Memiliki efek yang luas, menghambat atau merusak mikroorganisme secara luas (gram positif dan gram gram negatif, virus lipofilik, basilus dan tuberkulosis, fungsi, endospora).
2. Efektivitas
3. Kecepatan aktifitas awal
4. Efek residu, aksi yang lama setelah pemakaian untuk meredam pertumbuhan (37).

5. Macam-macam cuci tangan

Cuci tangan medis dibedakan menjadi 3 jenis yaitu :

- a. Handrub : menggunakan gel dengan alkohol selama 20-30 detik (dilakukan 4 gerakan setiap langkah cuci tangan secara berulang) dilakukan pada saat tangan tidak kotor.
- b. Handwash : menggunakan air mengalir dengan sabun selama 40-60 detik (dilakukan 8 gerakan setiap langkah cuci tangan secara berulang) dilakukan pada saat tangan dan setelah melakukan 5 kali melakukan handrub.
- c. Hand Hygiene bedah : suatu upaya membersihkan tangan dari benda asing dan mikroorganisme dengan menggunakan metode yang paling maksimal sebelum melakukan prosedur bedah. Upaya mengurangi mikroorganisme patogen pada area tangan, mencuci tangan metode bedah dilakukan dengan sangat hati-hati

dan dalam waktu yang relatif lebih lama. Pelaksanaan membersihkan tangan dengan mencuci tangan efektif membutuhkan waktu sekitar 2-6 menit (6).

6. Lima momen mencuci tangan

WHO (*World Health Organization*) mensyaratkan *five moment of hand hygiene* (lima waktu mencuci tangan), yang merupakan petunjuk waktu kapan petugas harus melakukan *hand hygiene*, yaitu :



Gambar 2.1. *five moment of hand hygiene* (WHO, 2009).

5 moment cuci tangan :

1.	Sebelum kontak dengan pasien	Kapan? Bersihkan tangan sebelum menyentuh pasien.
		Kenapa? Untuk melindungi pasien dari bakteri pathogen yang ada pada tangan petugas.
2.	Sebelum melakukan tindakan aseptik	Kapan? Bersihkan tangan segera sebelum melakukan tindakan aseptik.
		Kenapa? Untuk melindungi pasien dari bakteri patogen, termasuk yang berasal dari permukaan tubuh pasien sendiri, memasuki bagian dalam tubuh.
3.	Setelah kontak dengan cairan tubuh pasien	Kapan? Bersihkan tangan setelah kontak atau resiko kontak dengan cairan tubuh pasien (dan setelah melepas sarung tangan)
		Kenapa? Untuk melindungi petugas kesehatan dan area sekelilingnya bebas dari bakteri patogen yang berasal dari pasien.
4.	Setelah kontak dengan pasien	Kapan? Bersihkan tangan setelah menyentuh pasien, sesaat setelah meninggalkan pasien.
		Kenapa? Untuk melindungi petugas kesehatan dan area sekelilingnya bebas dari bakteri patogen yang berasal dari pasien.
5.	Setelah kontak dengan area sekitar pasien	Kapan? Bersihkan tangan setelah menyentuh objek atau furniture yang ada disekitar pasien, walaupun tidak menyentuh pasien.
		Kenapa? Untuk melindungi petugas kesehatan dan area sekelilingnya bebas dari bakteri patogen yang berasal dari pasien.

7. Teknik mencuci tangan

Membersihkan tangan merupakan pilar dan indikator mutu dalam mencegah dan mengendalikan infeksi, sehingga wajib dilakukan oleh setiap petugas rumah sakit. Membersihkan tangan dapat dilakukan dengan mencuci tangan dengan air mengalir (*handwash*) dan menggunakan antiseptik berbasis alkohol (*handrub*).

a. *Hand hygiene* dengan air mengalir (*handwash*)

Mencuci tangan dengan air mengalir dan sabun merupakan teknik *hand hygiene* yang paling ideal. Dengan mencuci tangan, kotoran tak terlihat dan bakteri patogen yang terdapat pada area tangan dapat dikurangi secara maksimal. *Hand hygiene* dengan mencuci tangan disarankan untuk dilakukan sesering mungkin, bila kondisi dan sumber daya memungkinkan. Pelaksanaan *hand hygiene* dengan mencuci tangan efektif membutuhkan waktu 40-60 detik, dengan langkah sebagai berikut :

1. Basahi tangan dengan air mengalir
2. Tuangkan sabun kurang lebih 5 cc untuk menyabuni seluruh permukaan tangan.
3. Mulai teknik enam langkah :
 - a. Gosok tangan dengan posisi telapak pada telapak tangan.
 - b. Gosok telapak tangan kanan diatas punggung tangan kiri dengan jari-jari saling menjalin dan sebaliknya.
 - c. Gosok kedua telapak tangan dan jari-jari saling menjalin.
 - d. Gosok punggung jari-jari pada telapak tangan yang berlawanan dengan jari-jari saling mengunci.

- e. Gosok memutar ibu jari kiri dengan tangan kanan mengunci pada ibu jari tangan kiri dan sebaliknya.
 - f. Gosok kuku jari-jari kiri memutar pada telapak tangan kanan dan sebaliknya.
4. Bilas tangan dengan air mengalir
 5. Keringkan tangan sekering mungkin dengan tisu.
 6. Gunakan tisu untuk mematikan kran.

b. *Hand hygiene* menggunakan antiseptik berbasis alkohol (*handrub*)

Pada pelaksanaan *hand hygiene*, mencuci tangan terkadang tidak dapat dilakukan karena kondisi atau keterbatasan sumber daya. Banyaknya pasien yang kontak dengan petugas dalam satu waktu, atau sulitnya mendapatkan sumber air bersih yang memadai menjadi kendala dalam melaksanakan *hand hygiene* dengan mencuci tangan. Dengan alasan ini, WHO menyarankan alternatif lain dalam melakukan *hand hygiene*, yaitu dengan *handrub* berbasis alkohol.

1. Keuntungan *handrub*

WHO merekomendasikan *handrub* berbasis alkohol karena beberapa hal sebagai berikut :

- a. Berdasarkan bukti, keuntungan intrinsik dari rekasinya yang cepat, efektif terhadap aktifitas mikroba spectrum luas dengan resiko minimal terhadap resistensi mikro bacterial.
- b. Cocok untuk digunakan pada area atau fasilitas kesehatan dengan akses dan dukungan sumber daya yang terbatas dalam hal fasilitas *hand hygiene* (termasuk air bersih, tisu, handuk, dan sebagainya).

- c. Kemampuan promotif yang lebih besar dalam mendukung upaya *hand hygiene* karena prosesnya yang cepat dan lebih nyaman untuk dilakukan.
- d. Keuntungan finansial, mengurangi biaya yang perlu dikeluarkan rumah sakit.
- e. Resiko minimal terhadap *adverse event* karena meningkatnya keamanan, berkaitan dengan akseptabilitas dan toleransinya dibandingkan dengan produk lain.

2. Teknik cuci tangan menggunakan *handrub*

Pelaksanaan membersihkan tangan dengan menggunakan alkohol *based handrub* efektif membutuhkan waktu sekitar 20-30 detik melalui 6 langkah kebersihan tangan. Prosedur ini dimulai dengan menuangkan 3-5 ml *handrub* kedalam telapak tangan :

- a. Menggosok bagian dalam telapak tangan
- b. Menggosok punggung tangan bergantian
- c. Menggosok sela-sela jari tangan
- d. Menggosok ruas jari tangan dengan mengaitkan kedua tangan
- e. Menggosok ibu jari tangan bergantian
- f. Menggosok ujung jari tangan.

c. *Hand hygiene* metode bedah

Hand hygiene metode bedah adalah suatu upaya membersihkan tangan dari benda asing dan mikroorganisme dengan menggunakan metode yang paling maksimal sebelum melakukan prosedur bedah. Dengan tujuan tertinggi dalam upaya mengurangi mikroorganisme patogen pada area tangan, mencuci tangan

metode bedah dilakukan dengan sangat hati-hati dan dalam waktu yang relatif lebih lama. Pelaksanaan membersihkan dengan mencuci tangan efektif membutuhkan waktu sekitar 2-6 menit melalui 3 tahapan dengan langkah-langkah:

1. Membasahi tangan dengan air mengalir, dimulai dari ujung jari sampai 2 cm di atas siku
2. Menempatkan sekitar 15 ml (3x tekanan dispenser) cairan *handrub* ditelapak tangan kiri, dengan menggunakan siku lengan yang lain atau dengan dorongan lutut untuk mengoperasikan dispenser.
3. Meratakan dan menggosok cairan *handrub*
4. Ratakan dengan kedua telapak tangan dilanjutkan dengan menggosok punggung, sela-sela jari tangan kiri dan kanan dan sebaliknya.
5. Kedua telapak tangan, jari-jari sisi dalam dari kedua tangan saling menggosok dan mengait dilanjutkan dengan membersihkan kedua ibu jari dan ujung kuku jari bergantian
6. Mengambil pembersih kuku dan bersihkan dalam air mengalir
7. Mengambil sikat steril yang sudah berisi cairan *handrub*
8. Menyikat tangan kanan dan tangan kiri bergantian
9. Kuku dengan gerakan tegak searang dari atas kebawah pada kedua tangan
10. Jari-jari seakan mempunyai empat sisi, sela jari, secara urut mulai dari ibu jari sampai dengan kelingking
11. Telapak tangan, punggung melalui gerakan melingkar

12. Daerah pergelangan tangan atas sampai dengan siku dengan gerakan melingkar
13. Ulangi cara ini pada tangan selama 2 menit
14. Membilas tangan dengan air mengalir dari arah ujung jari ke siku dengan memposisikan tangan tegak
15. Lakukan sekali lagi menyikat tangan kanan dan tangan kiri secara bergantian
16. Kuku dengan gerakan tegak searah dari atas kebawah pada kedua tangan
17. Jari-jari seakan mempunyai empat sisi, sela-sela jari, secara urut mulai dari ibu jari sampai dengan kelingking
18. Telapak tangan dan punggung dengan gerakan melingkar
19. Daerah pergelangan tangan atas sampai dengan siku dengan gerakan melingkar dilakukan selama 2 menit
20. Membiarkan air menetes dari tangan sampai dengan siku
21. Mengeringkan menggunakan handuk steril yang dibagi dua bagian, satu bagian untuk tangan kiri dan bagian yang lain untuk tangan kanan
22. Memutar dari jari-jari tangan ke arah siku
23. Meletakkan handuk pada tempat yang disediakan.



Gambar 2.2. Langkah-langkah cuci tangan Standar WHO 2009

8. Hal-hal yang diperhatikan dalam mencuci tangan antara lain :

Sebelum dan sesudah melakukan *hand hygiene*, ada hal-hal yang harus diperhatikan agar tujuan *hand hygiene* dapat tercapai, diantaranya adalah :

a. Perawatan kuku tangan

Kuku tangan harus dalam keadaan bersih dan pendek. Kuku yang panjang dapat menimbulkan potensi akumulasi bakteri / patogen yang terdapat dibawah kuku.

b. Aksesoris

Tidak diperkenankan menggunakan perhiasan pada area tangan seperti cincin, karena adanya resiko akumulasi bakteri patogen pada perhiasan yang dicapai.

c. Kosmetik

Kosmetik yang dipakai petugas kesehatan seperti cat kuku, dapat menyimpan bakteri patogen, juga dapat terlepas dari tangan dan berpindah saat melakukan kontak dengan pasien. Hal ini sangat berbahaya dan disarankan untuk tidak dilakukan.

d. Penggunaan handuk atau tisu

Pengeringan tangan sebaiknya menggunakan tisu disposable. Namun bila terdapat keterbatasan dalam sumber daya, handuk yang bersih juga dapat digunakan, dengan catatan hanya digunakan sekali, dan kemudian harus melalui proses pembersihan agar dapat dipakai kembali dikemudian hari (6).

2.3. Landasan Teori

Kepatuhan merupakan perilaku individu melakukan kesetiaan, ketaatan untuk melakukan apa yang diperintahkan kepadanya untuk melaksanakan prosedur tetap yang sudah dibuat. Kepatuhan pada awalnya individu mematuhi dan seringkali kepatuhan dilakukan karena ingin menghindari hukuman atau sanksi jika tidak patuh (19). Pengukuran kepatuhan dikategorikan dibagi menjadi 2 yaitu: patuh adalah bila perilaku perawat sesuai dengan ketentuan yang diberikan oleh profesional kesehatan dan tidak patuh adalah bila perawat menunjukkan ketidak taatan terhadap intruksi yang diberikan (19).

Menurut Lawrence Green dalam Notoadmodjo (20) , faktor kepatuhan dipengaruhi oleh 3 faktor utama yaitu : faktor predisposisi (*predisposing factors*) yang terwujud dalam pengetahuan, sikap, motivasi, tindakan, kepercayaan dan nilai-nilai, faktor pendukung (*enabling factors*) yang terwujud dalam tersedianya

fasilitas-fasilitas atau sarana kesehatan misalnya fasilitas cuci tangan, faktor pendorong (*reinforcing factors*) yang terwujud dalam sikap dan perilaku petugas kesehatan atau petugas lain yang merupakan kelompok referensi dan perilaku masyarakat. Perubahan perilaku individu baru dapat menjadi optimal jika perubahan tersebut terjadi mulai proses internalisasi dimana perilaku yang baru itu dianggap bernilai positif bagi individu itu sendiri dan diintegrasikan dengan nilai-nilai dari hidupnya (20).

Faktor-faktor yang mempengaruhi perawat terhadap tindakan pencegahan infeksi adalah faktor karakteristik individu, faktor psikososial (sikap terhadap penyakit, ketenagaan kerja, rasa takut dan persepsi terhadap resiko), organisasi manajemen, faktor pengetahuan, faktor fasilitas, faktor motivasi dan kesadaran, faktor tempat tugas, dan faktor bahan cuci tangan terhadap kulit (28).

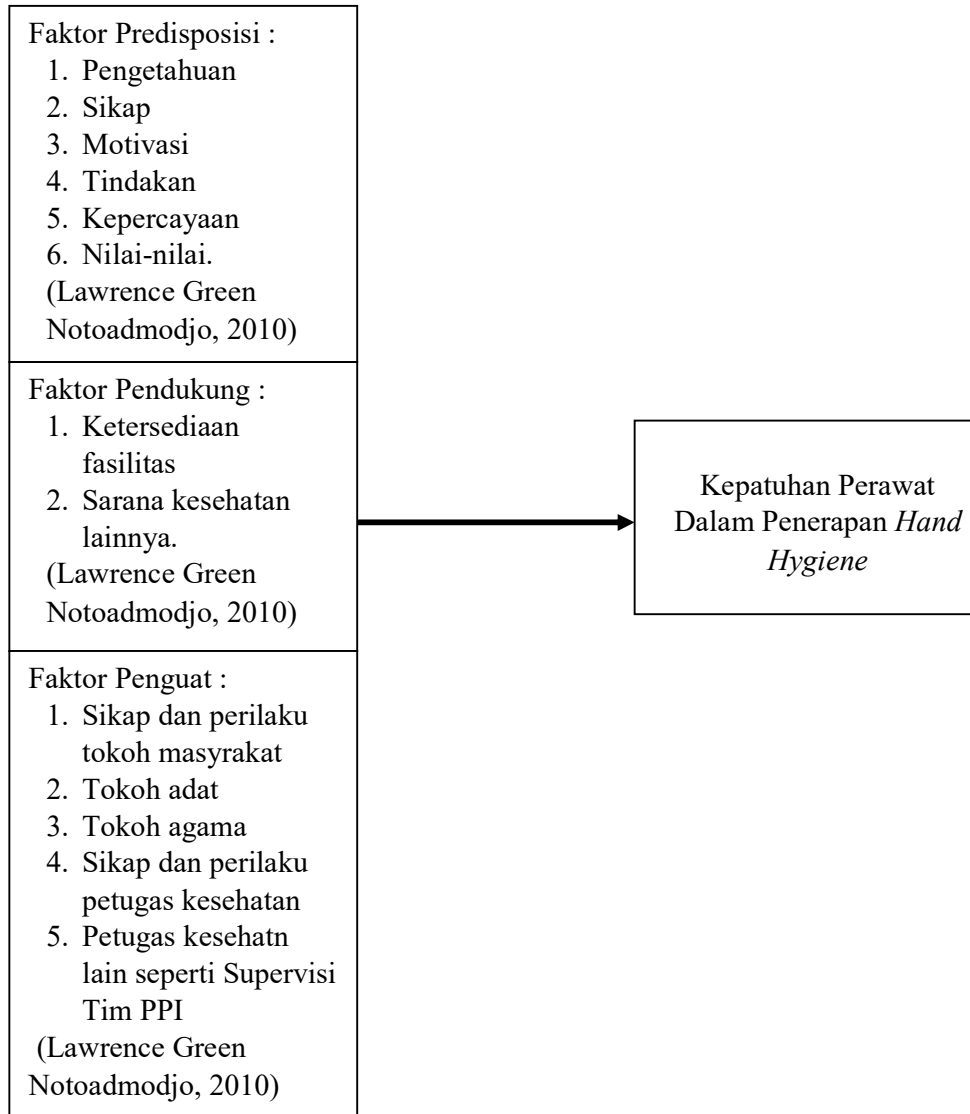
Pengukuran atau cara mengganti perilaku dapat dilakukan melalui dua cara, secara langsung, yakni dengan pengamatan (*observasi*), yaitu mengamati tindakan dari subyek dalam rangka memelihara kesehatannya. Sedangkan secara tidak langsung menggunakan metode mengingat kembali (*recall*). Metode ini dilakukan melalui pertanyaan-pertanyaan terhadap subyek tentang apa yang telah dilakukan berhubungan dengan obyek tertentu (20).

Perawat adalah tenaga kesehatan profesional yang perannya tidak dipersampingkan dari kini terdapat pelayanan rumah sakit, karena tugasnya mengharuskan perawat untuk kontak lama dengan pasien. Keahlian dan keterampilan perawat merupakan prioritas kedua konsumen dalam memilih rumah sakit, disamping alasan keberadaan dokter spesialis, karena perawat

merupakan karyawan rumah sakit yang kontak palinglama dengan pasien bahkan 24 jam penuh, maka diasumsikan ikut mengambil peran yang cukup besar dalam memberikan kontribusi kejadian infeksi (38).

Perilaku kepatuhan *hand hygiene* perawat merupakan salah satu faktor yang mempunyai pengaruh besar terhadap kesehatan perawat dalam mencegah terjadinya infeksi nosokomial. Perawat memiliki andil yang sangat besar terhadap terjadinya infeksi nosokomial karena perawat berinteraksi secara langsung dengan pasien selama 24 jam (39).

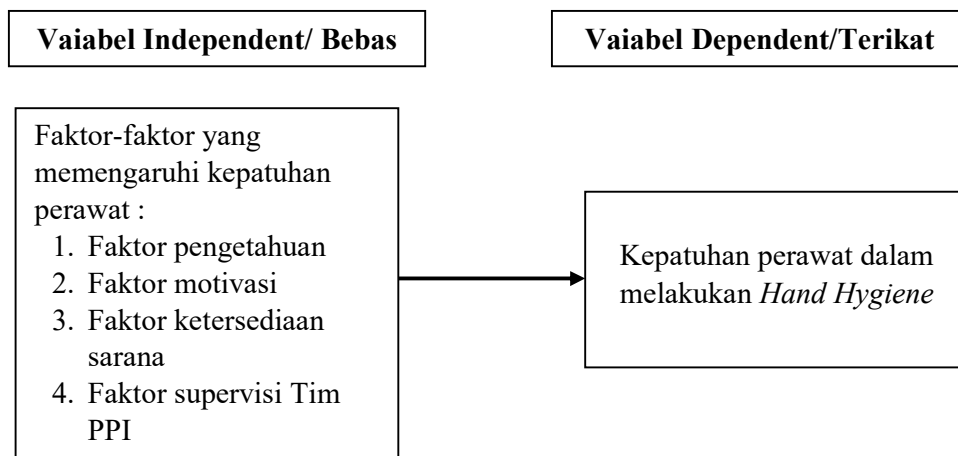
Kerangka Teori



Gambar 2.3. Kerangka Teori
 (Modifikasi teori Lawrence Green dalam Notoadmodjo 2010)

2.4. Kerangka Konsep Penelitian

Kerangka konsep penelitian mengacu pada latar belakang dan tujuan pustaka yang telah dipaparkan sebelumnya. Kerangka konsep ini telah dikembangkan untuk jadi dasar penelitian ini, adapun kerangka konsep dari penelitian ini adalah :



Gambar 2.4. Kerangka Konsep Penelitian

2.5. Hipotesis

Hipotesis dalam penelitian ini adalah :

1. Ada pengaruh pengetahuan terhadap kepatuhan perawat dalam penerapan *hand hygiene*
2. Ada pengaruh motivasi terhadap kepatuhan perawat dalam penerapan *hand hygiene*.
3. Ada pengaruh ketersediaan fasilitas terhadap kepatuhan perawat dalam penerapan *hand hygiene*.
4. Ada pengaruh supervisi Tim PPI terhadap kepatuhan perawat dalam penerapan *hand hygiene*.

BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

3.1. Desain Penelitian

Jenis penelitian ini adalah survei analitik. Survei analitik adalah penelitian yang mencoba menggali bagaimana dan mengapa fenomena itu terjadi, kemudian melakukan analisis dinamika kolerasi antara fenomena, baik antar faktor risiko (independent) dan faktor efek (dependent) dengan pendekatan *cross sectional* yang bertujuan untuk mengetahui faktor-faktor yang memengaruhi kepatuhan perawat dalam penerapan *Hand Hygiene* di Instalasi Rawat Inap RSUD Gunungsitoli Kabupaten Nias. Dimana data yang menyangkut variabel independen dan dependen akan dikumpulkan dalam waktu yang bersamaan (40).

3.2. Lokasi dan Waktu Penelitian

3.2.1. Lokasi penelitian

Penelitian ini akan dilaksanakan di Instalasi Rawat Inap RSUD Gunungsitoli Kab. Nias.

2.2.5. Waktu Penelitian

Waktu penelitian dilakukan mulai dari survei awal tanggal 03 Januari 2018 sampai dengan penelitian tanggal 30 April 2018.

2.3. Populasi dan Sampel Penelitian

2.3.4. Populasi penelitian

Populasi atau disebut *universe* adalah sekelompok individu yang memiliki karakteristik sama, seperti sekelompok individu di masyarakat yang mempunyai umur, seks, pekerjaan, status sosial yang sama atau objek lain yang mempunyai karakteristik sama seperti golongan darah A, B, AB, dan O (41). Populasi dalam penelitian adalah seluruh perawat di instalasi rawat inap sebanyak 165 orang.

2.3.5. Sampel penelitian

Sampel adalah sebagian kecil dari populasi atau objek yang memiliki karakteristik sama (41). Dalam menentukan jumlah sampel dengan menggunakan teknik rumus slovin, yaitu :

$$n = \frac{N}{1 + N(e^2)}$$

$$n = \frac{165}{1 + 165(0,05^2)}$$

$$n = \frac{165}{1 + (165 \times 0,0025)}$$

$$n = \frac{165}{1,4125} = 116,8 \text{ di bulatkan menjadi } 117 \text{ responden}$$

Ket. :

n = Jumlah sampel

N = Jumlah populasi

e^2 = Taraf nyata atau batas kesalahan 95% (0,05).

1 = Konstanta

Jadi jumlah sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah 117 orang. Agar lebih proporsional maka dicari sampel masing-masing ruangan dengan rumus alokasi proporsional sebagai berikut :

$$N1 = \frac{N1 \times n}{N}$$

N1 untuk ruangan Penyakit Dalam dengan jumlah populasi sebanyak 42 orang

$$N1 = \frac{42 \times 117}{165}$$

$$N1 = \frac{4.194}{165} = 29,78 \text{ di bulatkan menjadi } 30 \text{ responden}$$

N2 untuk ruangan Penyakit Bedah dengan jumlah populasi sebanyak 36 orang

$$N2 = \frac{36 \times 117}{165}$$

$$N2 = \frac{4.212}{165} = 25,52 \text{ di bulatkan menjadi } 26 \text{ responden}$$

N3 untuk ruangan Anak dengan jumlah populasi sebanyak 33 orang

$$N3 = \frac{33 \times 117}{165}$$

$$N3 = \frac{3.861}{165} = 23,4 \text{ dibulatkan menjadi } 23 \text{ responden}$$

N4 untuk ruangan Nifas dengan jumlah populasi sebanyak 31 orang

$$N4 = \frac{31 \times 117}{165}$$

$$N4 = \frac{3.627}{165} = 21,98 \text{ dibulatkan menjadi } 22 \text{ responden}$$

N5 untuk ruangan Perinatologi dengan jumlah populasi sebanyak 23 orang

$$N5 = \frac{23 \times 117}{165}$$

$$N5 = \frac{2.691}{165} = 16,30 \text{ dibulatkan menjadi } 16 \text{ responden}$$

Berdasarkan perhitungan diatas, maka besarnya sampel yang dijadikan objek dalam penelitian ini sebanyak 117 orang. Teknik sampling yang digunakan dalam penelitian ini adalah *random sampling* yaitu pengambilan sampel secara acak dengan jenis sampel *stratified random sampling* dan cara yang dipakai yaitu *proportionate random sampling* yaitu pengambilan sampel anggota populasi dilakukan dengan memperhatikan proporsi dalam populasi itu dengan cara melakukan undian atau pencabutan nomor.

2.4. Metode Pengumpulan Data

2.4.4. Jenis data

a. Data primer

Data primer adalah sumber data yang langsung memberikan data kepada pengumpul data (42). Data primer dalam penelitian ini merupakan data kepatuhan perawat mencuci tangan di RSUD Gunungsitoli yang diperoleh melalui wawancara langsung, observasi dan menggunakan kuesioner.

b. Data sekunder

Data sekunder adalah data yang diperoleh dari hasil dokumentasi oleh pihak lain (42). Data sekunder dalam penelitian ini adalah data kepatuhan petugas kesehatan mencuci tangan berdasarkan lima momen dan enam langkah cuci tangan yang ada di RSUD Gunungsitoli.

c. Data tertier adalah

Data tertier adalah data yang diperoleh dari naskah yang sudah dipublikasikan (42). Data tertier yang digunakan dalam penelitian ini adalah data dari buku bacaan, jurnal, internet, peraturan pemerintah.

2.4.5. Teknik pengumpulan data

a. Data primer

Data primer dalam penelitian ini adalah observasi dan kuesioner. Kuesioner adalah sejumlah pertanyaan tertulis yang digunakan untuk memperoleh informasi dari responden dalam arti laporan tentang hal-hal yang diketahui dan sudah disediakan jawabannya, jenis kuesioner penelitian ini adalah tertutup dimana responden tinggal memilih jawaban yang disediakan oleh peneliti. Sedangkan observasi adalah proses pengamatan dan pencatatan secara sistematis mengenai kepatuhan perawat dalam melakukan cuci tangan.

b. Data sekunder

Data sekunder pada penelitian ini didapatkan dari RSUD Gunungsitoli Kab. Nias, melalui persetujuan dari direktur RSUD Gunungsitoli yang ditunjukkan langsung oleh bagian administrasi.

c. Data tertier

Data tertier dalam penelitian ini diperoleh dari buku cetak, jurnal kepatuhan cuci tangan, dan dari internet (web).

2.4.6. Uji validitas dan reliabilitas

Uji coba validitas dan reliabilitas kuesioner dilakukan terhadap 30 responden di RSUD Bethesda Gunungsitoli yang mempunyai karakteristik sama dengan sampel. Uji coba validitas ini dianalisis menggunakan program computer *Statistical Product and Service Solutions* (SPSS).

1. Uji Validitas

Uji Validitas bertujuan untuk mengukur sejauh mana suatu alat ukur dapat mengukur apa yang ingin diukur. Untuk mengetahui kuesioner yang telah disusun mampu mengukur apa yang hendak diukur, dilakukan uji korelasi *product moment*, nilai korelasi dari pernyataan-pernyataan tersebut harus memenuhi taraf signifikan 5 % yaitu diatas nilai r-tabel 0,361 akan dinyatakan valid, sebaliknya bila nilai korelasi dibawah nilai r-tabel 0,361 maka pernyataan dalam kuesioner tersebut dinyatakan tidak valid (42).

Tabel 3.1. Validitas Pengetahuan

Pertanyaan	Corrected Item- Total Correlation	Taraf Signifikan (r-tabel)	Ket
1	0	0,361	Tidak Valid
2	0,498	0,361	Valid
3	0,538	0,361	Valid
4	0,457	0,361	Valid
5	0,377	0,361	Valid
6	0,536	0,361	Valid
7	0,446	0,361	Valid
8	0,136	0,361	Tidak Valid
9	0,358	0,361	Valid
10	0,607	0,361	Valid
11	0,530	0,361	Valid
12	0	0,361	Tidak Valid
13	0,293	0,361	Tidak Valid
14	0,582	0,361	Valid
15	0,225	0,361	Tidak Valid
16	0,339	0,361	Tidak Valid

17	0,578	0,361	Valid
18	0,448	0,361	Valid

Hasil uji validitas diatas berdasarkan tabel diatas menunjukkan bahwa memenuhi taraf signifikan 5 % yaitu diatas nilai r-tabel 0,361 akan dinyatakan valid. Pertanyaan yang valid dalam hasil uji validitas adalah berjumlah 12 pertanyaan namun ada 6 pertanyaan yang tidak valid yaitu nomor 1,8,12,13,15,16, karena nilai r-tabelnya berada dibawah 0,361. Dalam analisis validitas, instrumen diuji coba terhadap 30 orang perawat di instalasi rawat inap RSUD Bethesda Gunungsitoli.

Tabel 3.2. Validitas Motivasi

Pertanyaan	Corrected Item- Total Correlation	Taraf Signifikan (r-tabel)	Ket
1	0,337	0,361	Tidak Valid
2	0,633	0,361	Valid
3	0,443	0,361	Valid
4	0,249	0,361	Tidak Valid
5	0,178	0,361	Tidak Valid
6	0,453	0,361	Valid
7	0,504	0,361	Valid
8	0,60	0,361	Tidak Valid
9	0,382	0,361	Valid
10	0,473	0,361	Valid
11	0,141	0,361	Tidak Valid
12	0,401	0,361	Valid
13	0,367	0,361	Valid
14	0,501	0,361	Valid
15	0,490	0,361	Valid
16	0,446	0,361	Valid
17	0,776	0,361	Valid

Hasil uji validitas berdasarkan tabel diatas menunjukkan bahwa memenuhi taraf signifikan 5 % yaitu diatas nilai r-tabel 0,361 akan dinyatakan valid. Pertanyaan yang valid dalam hasil uji validitas adalah berjumlah 12 pertanyaan,

namun ada 5 pertanyaan yang tidak valid yaitu pada nomor 1,4,5,8,11, karena nilai r-tabelnya berada dibawah 0,361. Dalam analisis validitas, instrumen diuji coba terhadap 30 orang perawat di instalasi rawat inap RSUD Bethesda Gunungsitoli.

Tabel 3.3. Validitas Ketersediaan Fasilitas

Pertanyaan	Corrected Item- Total Correlation	Taraf Signifikan (r-tabel)	Ket
1	0,34	0,361	Tidak Valid
2	0	0,361	Tidak Valid
3	0,662	0,361	Valid
4	0,381	0,361	Valid
5	0,531	0,361	Valid
6	0	0,361	Tidak Valid
7	0,302	0,361	Tidak Valid
8	0,740	0,361	Valid
9	0,762	0,361	Valid
10	0	0,361	Tidak Valid
11	0	0,361	Tidak Valid
12	0	0,361	Tidak Valid

Hasil uji validitas berdasarkan tabel diatas menunjukkan bahwa memenuhi taraf signifikan 5 % yaitu diatas nilai r-tabel 0,361 akan dinyatakan valid. Pertanyaan yang valid dalam hasil uji validitas adalah berjumlah 5 pertanyaan, namun ada 7 pertanyaan yang tidak valid yaitu pada nomor 1,2,6,7,10,11,12, karena nilai r-tabelnya berada dibawah 0,361. Dalam analisis validitas, instrumen diuji coba terhadap 30 orang perawat di instalasi rawat inap RSUD Bethesda Gunungsitoli.

Tabel 3.4. Validitas Supervisi

Pertanyaan	Corrected Item- Total Correlation	Taraf Signifikan (r-tabel)	Ket
1	0	0,361	Tidak Valid
2	0,525	0,361	Valid
3	0,583	0,361	Valid
4	0,485	0,361	Valid
5	0,015	0,361	Tidak Valid
6	0,433	0,361	Valid
7	0,197	0,361	Tidak Valid
8	0,355	0,361	Tidak Valid
9	0,292	0,361	Tidak Valid
10	0,702	0,361	Valid
11	0	0,361	Tidak Valid
12	0,331	0,361	Tidak Valid
13	0,398	0,361	Valid
14	0,420	0,361	Valid
15	0,491	0,361	Valid
16	0,375	0,361	Valid
17	0,733	0,361	Valid
18	0,616	0,361	Valid
19	0,426	0,361	Valid
20	0,189	0,361	Tidak Valid

Hasil uji validitas berdasarkan tabel diatas menunjukkan bahwa memenuhi taraf signifikan 5 % yaitu diatas nilai r-tabel 0,361 akan dinyatakan valid. Pertanyaan yang valid dalam hasil uji validitas adalah berjumlah 12 pertanyaan, namun ada 8 pertanyaan yang tidak valid yaitu pada nomor 1,5,7,8,9,11,12,20, karena nilai r-tabelnya berada dibawah 0,361. Dalam analisis validitas, instrumen diuji coba terhadap 30 orang perawat di instalasi rawat inap RSUD Bethesda Gunungsitoli.

2. Uji Reliabilitas

Uji reliabilitas adalah indeks yang menunjukkan sejauh mana suatu alat ukur dapat dipercaya dan diandalkan. Hal ini menunjukkan sejauh mana hasil pengukuran itu tetap konsisten bila dilakukan pengukuran dua kali atau lebih terhadap gejala yang sama dengan menggunakan alat ukur yang sama (42).

Dengan menggunakan program software komputer maka nilai reliabilitas dapat langsung dihitung. Bila hasilnya sama atau lebih dari angka kritis pada derajat kemaknaan yaitu nilai *alpha* per-item kuesioner, maka alat ukur itu reliabel.

Tabel 3.5. Reliabilitas Pengetahuan

<i>Reliability Statistics</i>	
<i>Cronbach's Alpha</i>	<i>N of Items</i>
0.723	18

Dari hasil uji analisis reliabilitas diperoleh nilai *Cronbach's alpha* 0,723 bila dibandingkan dengan tabel *r product moment* dengan sampel 30 orang dengan tingkat kepercayaan 95% diperoleh nilai 0,361. Maka nilai *cronbach's alpha* 0,723 > nilai *r* tabel 0,361, maka dapat disimpulkan bahwa instrument penelitian ini reliabel dan handal.

Tabel 3.6. Reliabilitas Motivasi

<i>Reliability Statistics</i>	
<i>Cronbach's Alpha</i>	<i>N of Items</i>
0.592	17

Dari hasil uji analisis reliabilitas diperoleh nilai *Cronbach's alpha* 0,592 bila dibandingkan dengan tabel r *product memoent* dengan sampel 30 orang dengan tingkat kepercayaan 95% diperoleh nilai 0,361. Maka nilai *cronbach's alpha* 0,592 > nilai r tabel 0,361, maka dapat disimpulkan bahwa instrument penelitian ini reliabel dan handal.

Tabel 3.7. Reliabilitas Ketersediaan Fasilitas

<i>Reliability Statistics</i>	
<i>Cronbach's Alpha</i>	<i>N of Items</i>
0.472	12

Dari hasil uji analisis reliabilitas diperoleh nilai *Cronbach's alpha* 0,472 bila dibandingkan dengan tabel r *product memoent* dengan sampel 30 orang dengan tingkat kepercayaan 95% diperoleh nilai 0,361. Maka nilai *cronbach's alpha* 0,472 > nilai r tabel 0,361, maka dapat disimpulkan bahwa instrument penelitian ini reliabel dan handal.

Tabel 3.8. Reliabilitas Supervisi

<i>Reliability Statistics</i>	
<i>Cronbach's Alpha</i>	<i>N of Items</i>
0.710	20

Dari hasil uji analisis reliabilitas diperoleh nilai *Cronbach's alpha* 0,710 bila dibandingkan dengan tabel *r product moment* dengan sampel 30 orang dengan tingkat kepercayaan 95% diperoleh nilai 0,361. Maka nilai *cronbach's alpha* 0,710 > nilai *r* tabel 0,361, maka dapat disimpulkan bahwa instrument penelitian ini reliabel dan handal.

2.5. Variabel Penelitian dan Definisi Operasional

2.5.4. Variabel penelitian

Variabel penelitian terdiri atas variabel bebas (*independent variable*) yaitu variabel yang mempengaruhi, dan variabel terikat (*dependent variable*) yaitu variabel yang dipengaruhi. Variabel bebas (*independent variable*) dalam penelitian ini adalah : pengetahuan, motivasi, ketersediaan fasilitas, supervisi Tim PPI. Variabel terikat (*dependent variable*) dalam penelitian ini adalah kepatuhan perawat dalam penerapan *hand hygiene*.

2.5.5. Definisi operasional

Dalam penelitian ini terdapat beberapa variabel yang diteliti terkait dengan faktor mempengaruhi kepatuhan perawat dalam mencuci tangan :

1. Pengetahuan adalah untuk melihat bagaimana pengetahuan perawat di instalasi rawat inap RSUD Gunungsitoli Kab. Nias meliputi manfaat, tujuan, dan momen perawat dalam *hand hygiene*.

2. Motivasi adalah untuk melihat bagaimana motivasi perawat di instalasi rawat inap RSUD Gunungsitoli Kab. Nias dalam melakukan *hand hygiene* yang meliputi faktor intrisik dan ekstrinsik.
3. Ketersediaan fasilitas yaitu alasan perawat melakukan *hand hygiene* adalah tersedianya fasilitas untuk mendukung cuci tangan di instalasi rawat inap RSUD Gunungsitoli Kab. Nias
4. Supervisi Tim PPI yaitu yaitu terkait dengan peran Tim PPI memberikan dorongan dan menilai perawat dalam melakukan cuci tangan di instalasi rawat inap RSUD Gunungsitoli Kab. Nias
5. Kepatuhan perawat dalam melakukan *hand hygiene* adalah kegiatan yang dilakukan perawat dalam 6 melakukan cuci tangan dan dalam setiap momen cuci tangan, yaitu melakukan cuci tangan pada saat: sebelum menyentuh pasien, sebelum tindakan aseptik, setelah kontak dengan cairan tubuh pasien, setelah kontak dengan pasien, setelah kontak dengan lingkungan sekitar pasien di instalasi rawat inap RSUD Gunungsitoli Kab. Nias.

2.6. Metode Pengukuran

Tabel 3.1. Aspek Pengukuran Variabel Independen (X variable) dan Dependen (Y variable).

No.	Nama Variabel	Jumlah Pertanyaan	Cara dan skala ukur	Skala Pengukuran	Value	Skala Ukur
Variabel X						
1.	Pengetahuan	12 soal Benar = 1 Salah = 0	Menggunakan kuesioner (skor maksimal 12)	Skor 12 Skor < 12	Baik (1) Kurang (0)	Ordinal
2.	Motivasi	12 soal Ya = 1 Tidak = 0	Menggunakan kuesinoer	Skor 12 Skor < 12	Baik (1) Kurang (0)	Ordinal

3.	Ketersediaan Fasilitas	5 soal Ya = 1 Tidak = 0	(skor maksimal 12) Menggunakan kuesioner (skor maksimal 5)	Skor 5 Skor < 5	Baik (1) Kurang (0)	Ordinal
4.	Supervisi Tim PPI	12 soal Ya = 1 Tidak = 0	Menggunakan kuesioner (skor maksimal 12)	Skor 12 Skor < 12	Baik (1) Kurang (0)	Ordinal
Variabel Y						
5.	Kepatuhan	5	Menggunakan lembar observasi (skor maksimal = 2/2, 3/3, 4/4, 5/5) Disesuaikan dengan tindakan yang dilakukan	Patuh 2/2, 3/3, 5/5. Tidak patuh <2/2, < 3/3, < 4/4 < 5/5. Disesuaikan dengan tindakan yang dilakukan	Patuh (1) Tidak patuh (0)	Nominal

2.7. Metode Pengolahan Data

Data yang terkumpul diolah dengan cara komputerisasi dengan langkah-langkah sebagai berikut :

1. *Collecting*

Mengumpulkan data yang berasal dari kuesioner/ angket.

2. *Checking*

Dilakukan dengan memeriksa kelengkapan jawaban kuesioner/angket dengan tujuan agar data diolah secara benar sehingga pengolahan data memberikan hasil yang valid dan reliable dan terhindar dari bias.

3. *Coding*

Pada langkah ini penulis melakukan pemberian kode pada variabel-variabel yang diteliti, misalnya nama responden diubah menjadi nomor 1,2,3,...dst.

4. *Entering*

Data entry, yakni jawaban dari masing-masing responden yang masih dalam bentuk “kode” (angka atau huruf) dimasukkan kedalam program computer yang digunakan peneliti yaitu SPSS.

5. *Data processing*

Semua data yang telah diinput kedalam aplikasi komputer akan diolah sesuai dengan kebutuhan dari penelitian.

Data yang dikumpulkan, diolah dengan komputer. Analisis data yang dilakukan adalah analisis univariat, bivariat, multivariat. Setelah dikumpulkan, data akan dianalisis dengan mengumpulkan teknik analisa sebagai berikut :

1. Analisis univariat merupakan analisis yang menitik beratkan pada penggambaran atau deskripsi data yang telah diperoleh (40). Menggambarkan distribusi frekuensi dari masing-masing variabel bebas dan variabel terikat sehingga didapat gambaran variabel penelitian
2. Analisis bivariat adalah analisis dilakukan untuk melihat hubungan masing-masing variabel bebas dengan variabel terikat. Untuk membuktikan adanya pengaruh antara variabel bebas dengan variabel terikat digunakan analisis *chisquare*, pada batas kemaknaan perhitungan statistik *Pvalue* (0,05). Apabila hasil perhitungan menunjukkan nilai $P < Pvalue$ (0,05) maka dikatan (H_0) ditolak, artinya kedua variabel secara statistik berpengaruh. Kemudian untuk

menjelaskan adanya pengaruh antara variabel bebas dengan variabel terikat digunakan analisis tabulasi silang (40).

Menghitung *chi square* dengan rumus :

$$X^2 = \frac{\sum(f_0 - f_e)^2}{f_e}$$

Keterangan :

X^2 = Nilai Chi Square

f_0 = Frekuensi yang diobservasi

f_e = Frekuensi yang diharapkan

Mencari nilai X^2 tabel dengan rumus :

$$dk = (k-1)(b-1)$$

Keterangan :

k = banyaknya kolom

b = banyaknya baris

3. Analisis multivariat : hipotesis dalam penelitian ini di uji dengan menggunakan analisis regresi logistik, karena variabel dependen diukur dengan menggunakan variabel *dummy*, sehingga peneliti memilih menggunakan alat uji tersebut untuk mengetahui pengaruh dari 4 variabel independen, yaitu pengetahuan, motivasi, ketersediaan fasilitas dan supervisi Tim PPI. Regresi logistik adalah regresi yang digunakan untuk menguji apakah probabilitas terjadinya variabel dependen dapat diprediksi dengan variabel independen. Pada teknik analisis regresi logistik tidak lagi memerlukan uji normalitas dan uji asumsi klasik pada variabel bebasnya (43). Pengujian dengan model regresi logistik digunakan dalam penelitian ini adalah untuk mengetahui pengaruh dari masing-masing

variabel independen terhadap variabel dependen. Dimana kriteria pengujian adalah sebagai berikut :

- a. Tingkat kepercayaan yang digunakan adalah sebesar 95% atau taraf nyata signifikan 5% ($\alpha=0,05$)
- b. Kriteria penerimaan atau penolakan hipotesis didasarkan pada signifikan *p-Value*.

Analisis regresi logistik digunakan untuk mengetahui pengaruh satu variabel independen atau lebih terhadap satu variabel dependen, dengan syarat :

- 1) Variabel dependen harus merupakan variabel *dummy* yang hanya mempunyai dua alternatif.
- 2) Variabel independen tidak perlu diubah kedalam bentuk metrik (interval atau ratio) bisa ordinal/nominal.

Adapun rumus model regresi logistik yaitu, sebagai berikut :

$$\ln\left(\frac{P}{1-P}\right) = B_0 + B_1X$$

ln : Logaritma natural

$B_0 + B_1X$: persamaan yang biasa dikenal dalam OLS

Sedangkan P aksen adalah probabilitas logistik yang dapat dirumuskan sebagai berikut :

$$P = \frac{\exp(B_0 + B_1X)}{1 + \exp(B_0 + B_1X)} = \frac{e^{B_0+B_1X}}{1 + e^{B_0+B_1X}}$$

Dimana :

Exp atau ditulis “e” adalah fungsi 70xponent

Dengan model persamaan diatas, tentunya akan sangat sulit untuk menginterpretasikan koefisien regresinya. Oleh karena itu maka diperkenankanlah istilah *Odds Ratio* atau yang biasa disingkat $\text{Exp}(B)$ atau $\text{OR.Exp}(B)$ merupakan exponen dari koefisien regresi.